**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS TRAUMA TUMPUL ABDOMEN DI RUANG IGD**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

akper3

**Oleh :**

**MARTHA AYU AGUSTIN, S.Kep**

**1930050**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS TRAUMA TUMPUL ABDOMEN DI RUANG IGD**

**RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir diajukan sebagai salah satu syarat**

**Untuk memperoleh gelar Ners**

akper3

**Oleh :**

**MARTHA AYU AGUSTIN, S.Kep**

**1930050**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar.

Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2020

Penulis,

Martha Ayu Agustin, S.Kep

NIM 193.0050

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

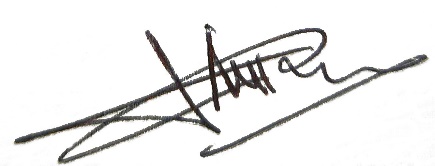
Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa:

|  |  |
| --- | --- |
| Nama : | Martha Ayu Agustin, S.Kep |
| NIM : | 193.0050 |
| Program Studi : | Pendidikan Profesi Ners |
| Judul : | Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

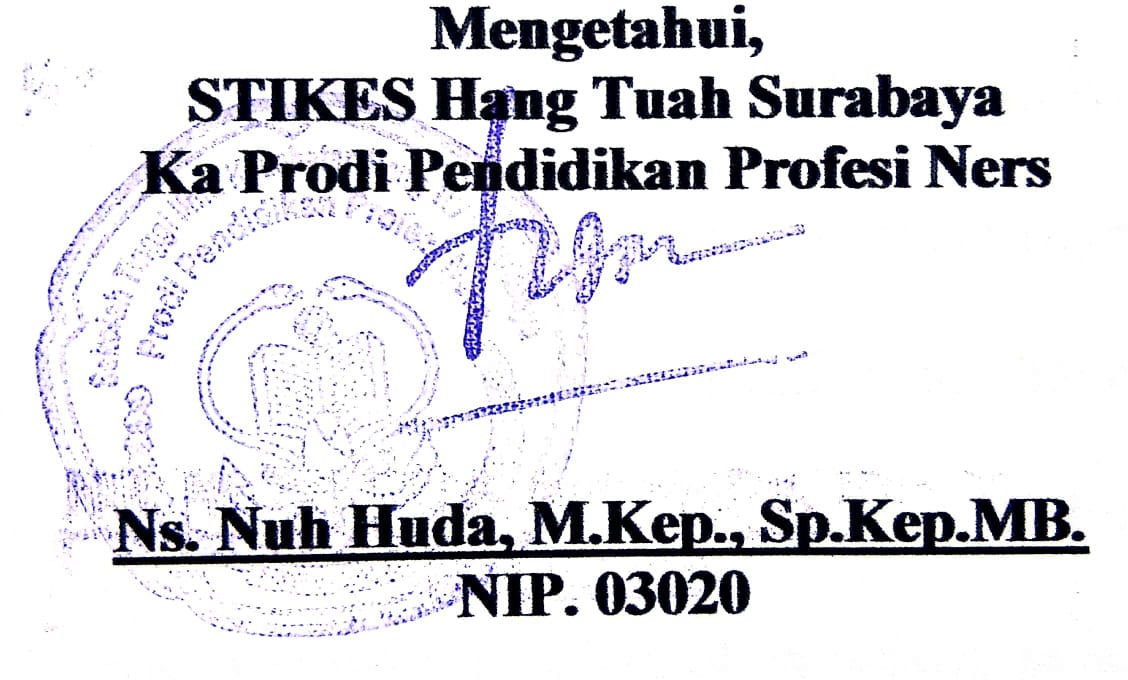
Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns.)**

**Surabaya, 24 Juli 2020**

**Pembimbing**

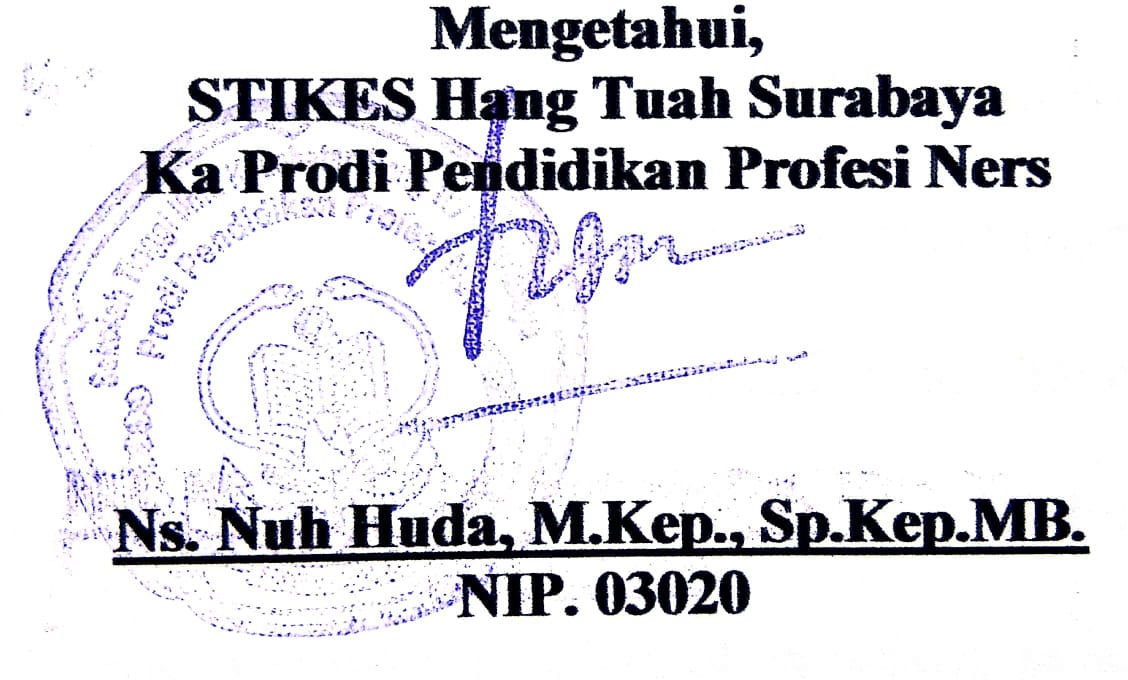
**Ns. Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., M.Kes**

**NIP. 03054**

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama : | Martha Ayu Agustin, S.Kep |
| NIM : | 193.0050 |
| Program Studi : | Pendidikan Profesi Ners |
| Judul : | Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya |

****Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Penguji I** | **: Ns. Nuh Huda, M,Kep., Sp.Kep.MB**  **NIP. 03020** | **C:\Users\acer\Documents\ttd bu sri anik.jpeg** |
| **Penguji II** | **: Ns. Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., M.Kes**  **NIP. 03054** |  |

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

# **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

“Kesuksesanmu tak bisa dibandingkan dengan orang lain, melainkan bandingkan dengan dirimu yang sebelumnya”

PERSEMBAHAN :

1. Kedua Orang Tua, Ibu dan Ayah yang selalu mendoakan untuk kesuksesan dan kebahagiaan saya, terima kasih sudah memberikan segala doa, restu, kasih sayang, dukungan, bimbingan dan perhatian yang telah diberikan selama ini sehingga mampu melewati segala hal dan menggapai cita-cita.
2. Adik tercinta, Maisya Gizela Anggun Sasa, terima kasih atas dukungan dan semangat yang tiada henti serta selalu memberikan doanya yang terbaik.
3. Sahabat-sahabat, Ike Faradilah, Yohana Novitasari, Cahyani terima kasih selalu ada dikala susah dan senang.
4. Teman seperjuangan, Novelda Febriyanti dan Mbak Fanni Alfika yang sudah sangat memotivasi dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
5. Teman-Teman Profesi Ners A10 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah berjuang bersama dalam menyelesaikan Profesi ini.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmad dan hidayahNya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” ini sesuai dengan waktu yang ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program studi pendidikan profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Ns. Sri Anik Rustini, S.H., S.Kep., M.Kes., selaku Pembimbing yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh makna dalam penyempurnaan penulisan Karya Ilmiah Akhir.
7. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
8. Keluarga tercinta, orang tua dan adik yang telah memberikan semangat serta doa yang tidak pernah putus.
9. Sahabat-sahabat seperjuangan tercinta dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dukungan dan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan kita tetap terjalin.
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, agar Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 22 Juli 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

[HALAMAN COVER i](#_Toc46301678)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN ii](#_Toc46301679)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc46301680)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc46301681)

[MOTTO DAN PERSEMBAHAN v](#_Toc46301682)

[KATA PENGANTAR vi](#_Toc46301683)

[DAFTAR ISI ix](#_Toc46301684)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc46301685)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc46301686)

[DAFTAR LAMPIRAN xiii](#_Toc46301687)

[DAFTAR SINGKATAN xiv](#_Toc46301688)

[BAB 1](#_Toc46301689) [PENDAHULUAN 1](#_Toc46301690)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc46301691)

[1.2 Rumusan Masalah 5](#_Toc46301692)

[1.3 Tujuan 5](#_Toc46301693)

[1.3.1 Tujuan Khusus 5](#_Toc46301694)

[1.3.2 Tujuan Umum 5](#_Toc46301695)

[1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah 6](#_Toc46301696)

[1.4.1 Manfaat Teoritis 6](#_Toc46301697)

[1.4.2 Manfaat Praktis 6](#_Toc46301698)

[1.5 Metode Penulisan 7](#_Toc46301699)

[1.6 Sistematika Penulisan 9](#_Toc46301700)

[BAB 2](#_Toc46301701) [TINJAUAN PUSTAKA 11](#_Toc46301702)

[2.1 Konsep Trauma Abdomen 11](#_Toc46301703)

[2.1.1 Anatomi Fisiologi Abdomen 11](#_Toc46301704)

[2.1.2 Definisi Trauma Abdomen 14](#_Toc46301705)

[2.1.3 Etiologi 15](#_Toc46301706)

[2.1.4 Klasifikasi 15](#_Toc46301707)

[2.1.5 Patofisiologi 17](#_Toc46301708)

[2.1.6 Manifestasi Klinis 20](#_Toc46301709)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 21](#_Toc46301710)

[2.1.8 Penatalaksanaan 25](#_Toc46301711)

[2.1.8.1 Penatalaksanaan *Pre Hospital* 25](#_Toc46301712)

[2.1.8.2 Penatalaksanaan di IGD 28](#_Toc46301713)

[2.1.9 Komplikasi 29](#_Toc46301714)

[2.2 Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Trauma Abdomen 30](#_Toc46301715)

[2.2.1 Pengkajian 30](#_Toc46301716)

[2.2.2 Pemeriksaan Fisik 31](#_Toc46301717)

[2.2.3 Diagnosa Keperawatan 33](#_Toc46301718)

[2.2.4 Intervensi Keperawatan 34](#_Toc46301719)

[2.3 Kerangka Masalah Keperawatan 38](#_Toc46301720)

[BAB 3](#_Toc46301721) [TINJAUAN KASUS 40](#_Toc46301722)

[3.1 Pengkajian 40](#_Toc46301723)

[3.1.1 Identitas 40](#_Toc46301724)

[3.1.2 Riwayat Keperawatan 40](#_Toc46301725)

[3.1.3 Pemeriksaan Fisik 42](#_Toc46301726)

[3.1.4 Pemeriksaan Penunjang 45](#_Toc46301727)

[3.1.5 Terapi 46](#_Toc46301728)

[3.2 Analisa Data 47](#_Toc46301729)

[3.3 Prioritas Masalah 49](#_Toc46301730)

[3.4 Intervensi Keperawatan 49](#_Toc46301731)

[3.4.1 Diagnosa Keperawatan 1 49](#_Toc46301732)

[3.4.2 Diagnosa Keperawatan 2 50](#_Toc46301733)

[3.4.3 Diagnosa Keperawatan 3 53](#_Toc46301734)

[3.5 Implementasi Keperawatan 55](#_Toc46301735)

[BAB 4](#_Toc46301736) [PEMBAHASAN 65](#_Toc46301737)

[4.1 Pengkajian 65](#_Toc46301738)

[4.1.1 Data Dasar 65](#_Toc46301739)

[4.1.2 Riwayat Kesehatan 66](#_Toc46301740)

[4.1.3 Pemeriksaan Fisik 67](#_Toc46301741)

[4.1.4 Pemeriksaan Penunjang 72](#_Toc46301742)

[4.2 Diagnose Keperawatan 74](#_Toc46301743)

[4.3 Intervensi Keperawatan 79](#_Toc46301744)

[4.4 Implementasi Keperawatan 83](#_Toc46301745)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 88](#_Toc46301746)

[BAB 5](#_Toc46301747) [PENUTUP 93](#_Toc46301748)

[5.1 Kesimpulan 93](#_Toc46301749)

[5.2 Saran 95](#_Toc46301750)

[DAFTAR PUSTAKA 97](#_Toc46301751)

[LAMPIRAN 102](#_Toc46301752)

**DAFTAR TABEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 2.1 | Blunt Abdominal Trauma scoring System (BATSS) | 24 |
| Tabel 3.1 | Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya | 45 |
| Tabel 3.2 | Terapi Obat pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya | 46 |
| Tabel 3.3 | Analisa Data pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya | 47 |
| Tabel 3.4 | Prioritas Masalah Hasil Analisa Data Pengkajian Pada Tn. M Dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya | 49 |
| Tabel 3.5 | Implementasi Keperawatan Hari Ke-1 Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di IGD | 55 |
| Tabel 3.6 | Implementasi Keperawatan Hari Ke-2 Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang Perawatan | 59 |
| Tavel 3.7 | Implementasi Keperawatan Hari Ke-3 Pada Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di Ruang Perawatan | 62 |

**DAFTAR GAMBAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gambar 2.1 | Empat Kuadran Abdomen | 11 |
| Gambar 2.2 | Region Abdomen | 12 |
| Gambar 2.3 | Kerangka Konsep | 38 |
| Gambar 4.1 | Pemeriksaan Penunjang Tn. M Dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen Di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya | 72 |

**DAFTAR LAMPIRAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lampiran 1 | Curriculum Vittae | 102 |
| Lampiran 2 | SOP Pemasangan Kateter Urine | 103 |
| Lampiran 3 | SOP Pemasangan Infus | 106 |

**DAFTAR SINGKATAN**

**SINGKATAN**

BATSS : *Blunt Abdominal Trauma Scoring System*  
PPNI : Persatuan Perawat Nasional Indonesia

CRT : *Capillary Refill Time*   
IGD : Instalasi Gawat Darurat  
USG : *Ultrasonografi*

GCS : *Glasgow Coma Scale*

GDA : Gula Darah Acak

N : Nadi

RR : *Respiratory Rate*

S : Suhu

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SOP : Standar Operasional Prosedur

TD : Tekanan Darah

**LAMBANG**

**+** : tambah

- : kurang

x : kali

÷ : bagi

± : kurang lebih

º : derajat

> : lebih besar dari

< : lebih kecil dari

≥ : lebih besar sama dengan

≤ : lebih kecil sama dengan

% : persen

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Trauma merupakan suatu masalah kesehatan yang cukup serius karena sering terjadi pada kelompok usia muda (Liani & Putra, 2019). Trauma adalah keadaan yang disebabkan oleh luka atau cidera yang bersifat holistik dan dapat menyebabkan hilangnya produktivitas seseorang (Ginting, Sitohang, & Simanjuntak, 2017). Trauma abdomen dapat didefinisikan sebagai suatu trauma yang mengenai dinding abdomen yang dapat berpengaruh pada organ didalamnya, baik sebagai akibat dari suatu trauma tumpul maupun oleh trauma tajam (HIBGABI, 2020). Trauma abdomen merupakan kasus yang menempati urutan ketiga sebagai salah satu penyebab terjadinya kematian akibat trauma setelah cedera kepala dan cedera pada dada, dimana organ-organ yang berada di rongga abdomen merupakan sistem pencernaan yang dapat menimbulkan perdarahan pada intra abdominal dan berakibat fatal bagi penderita bahkan dapat menimbulkan kematian (Umboh, Sapan, & Harsali, 2016). Perdarahan intra abdominal dapat mengakibatkan berkurangnya volume plasma di intravaskuler sehingga menimbulkan hipovolemia. Hipovolemia yang tidak ditangai dengan tepat dan segera dapat mengakibatkan syok hipovolemik hingga kematian (Dewi & Rahayu, 2010).

Trauma abdomen adalah cedera pada abdomen yang dapat diklasifikasikan sebagai trauma tumpul abdomen dan trauma tembus abdomen. Trauma tembus abdomen biasanya lebih mudah didiagnosa, sedangkan trauma tumpul abdomen sering kali mengalami kesulitan dalam mendiagnosa dikarenakan tanda dan gejala klinis yang kurang jelas. Kegagalan dalam menentukan perdarahan pada kasus trauma tumpul abdomen dan mengontrol perdarahan dari organ intra abdomen menyebabkan morbiditas yang tinggi (El, Saleem, Raheem, & Abdallah, 2016).

Trauma abdomen adalah penyebab kematian yang cukup sering dengan presentase kejadian sebanyak 7-10% dari pasien trauma (Costa, 2010). Angka korban trauma di Amerika Serikat diperkirakan hamapir 57 juta setiap tahun yang menyebabkan kurang lebih 2 juta jiwa harus dirawat inap dan 150.000 kematian (Elliot, Rodriguez, 1996 dalam Wiargitha, 2017). Data di Mesir didapatkan sebanyak 248 dari 300 kasus dan 172 pasien mengalami trauma tumpul abdomen (69,4%) dan 76 (30,6%) adalah pasien dengan trauma tembus abdomen (Gad, Saber, Farrag, Shams, & Ellabban, 2012). Di Eropa, trauma tumpul abdomen sering terjadi sekitar 80% dari keseluruhan trauma abdomen (Guillion, 2011). Menurut Rikesdas tahun 2018 secara umum di Indonesia prevalensi cedera didapatkan sebesar 9,2% dimana prevalensi tertinggi di Sulawesi Tengah sebanyak 13,8% dan yang terendah yaitu Jambi 5,6%. Penyabab trauma secara umum yang terbanyak yaitu dikareakan jatuh (49,9%), kecelakaan sepeda motor (40,6%), trauma karena benda tajam/tumpul (7,3%), transportasi darat lain (7,1%), dan kejatuhan (2,5%). Penelitian di India menyebutkan bahwa trauma abdomen sering terjadi pada kelompok usia 21-40 tahun dengan perbandingan laki-laki dan perempuan 7:1. Trauma tumpul abdomen lebih sering terjadi dibandingkan dengan trauma tembus abdomen (Panchal & Ramanuj, 2016). Diperkirakan bahwa tahun 2020 terdapat 8,4 juta orang akan meninggal setiap tahun karena trauma, dan trauma akibat kecelakaan lalu lintas akan menjadi peringkat ketiga yang menyebabkan kecacatan di seluruh dunia dan peringkat kedua di negara berkembang (Gad et al., 2012).

Mayoritas kasus trauma tumpul abdomen, kecelakaan lalu lintas adalah penyebab paling sering dan hampir selalu ditemukan pada pasien multitrauma. Selanjutnya jatuh menjadi penyebab paling sering kedua, selain itu juga dapat terjadi akibat tenaga dari luar berupa benturan, dipukul atau terpukul, kekerasan pada anak maupun kekerasan dalam rumah tangga. Akibat dari cedera ini dapat berupa memar, luka pada jaringan lunak, cedera muskuloskeletal, kerusakan organ dan ruptur pada berbagai organ. Cedera akibat trauma tumpul abdomen umumnya merupakan organ solid, terutama lien dan hepar dimana kedua organ ini dapat menyebabkan perdarahan intra abdomen. Perdarahan yang tidak segera ditangani akan berdampak pada hemeostasis tubuh (S, Bhimji, & Burns, 2018). Pada trauma tumpul abdomen khususnya pada trauma lien, yang perlu diperhatikan adalah tanda-tanda perdarahan yang memperlihatkan keadaan hipotensi, syok hipovolemik, dan nyeri abdomen pada kuadran kiri atas dan nyeri pada bahu kiri karena iritasi diafragma (Sander, 2013). Sedangkan kasus trauma tembus abdomen disebabkan oleh luka tembak, pecahan peluru, ataupun luka tusuk yang memasuki rongga perut. Organ yang peling sering mengalami kerusakan adalah hepar dan usus halus (Ginting et al., 2017).

Trauma abdomen akan ditemukan pada 25% penderita multitrauma, gejala dan tanda yang ditimbulkan kadang-kadang lambat sehingga memerlukan tingkat kewaspadaan yang tinggi untuk dapat menetapkan diagnosa. Perbedaan antara gejala yang didapatkan dengan trauma yang sesungguhnya pada kasus yang terjadi membutuhkan diagnosa dan tatalaksana yang cepat dan tepat (Sesa, Suarsana, & Program, 2019). Sering kali cedera yang tampak ringan pada beberapa kasus dapat menjadi suatu penyebab trauma mayor pada organ-organ intra abdomen, sehingga deteksi yang cepat bertujuan untuk dapat memperbaiki kondisi pasien serta mendapatkan hasil tatalaksana yang maksimal (Wiargitha, 2017).

Manajemen pasien dengan trauma abdomen memiliki beberapa elemen penting yaitu penanganan pra rumah sakit yang memadai, transportasi yang cepat ke rumah sakit, dan perawatan rehabilitasi di rumah sakit. Penanganan pra rumah sakit yang kurang memadai ditambah dengan ambulan yang kurang efektif sehingga lamban sampai di rumah sakit memberikan kontribusi yang buruk terhadap prognosis penyakit pasien (Ramanaiah, 2015). Dan penanganan trauma abdomen yang harus diketahui adalah mekanisme cidera, kekuatan cidera, lokasi cedera, dan status hemodinamik, karena dengan indikator tersebut dapat ditentukan prioritas dan metode yang terbaik dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan trauma abdomen. Penilaian awal juga sering dapat dibiaskan oleh keracunan alkohol dan penggunaan obat-obatan terlarang. Pasien yang mengalami trauma pada tubuh akibat pukulan, deselerasi, ledakan, dan cedera penetrasi harus diindikasikan memiliki trauma abdomen, pembuluh darah dan panggul sampai terbukti adanya trauma prier yang dialaminya (Stewarr, Ronald, et al., 2018).

Meninjau dampak dapat yang ditimbulkan akibat tidak terdiagnosanya perdarahan hingga mengakibatkan syok yang menyebabkan kematian pada sebagian besar kasus trauma abdomen maka diperlukan peranan perawat dalam melakukan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang sering dijadikan tolak ukur oleh pasien sebagai gambaran pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Dampak dari trauma abdomen harus diatasi, tidak hanya fokus pada manajemen perdarahan namun juga pencegahan terjadinya infeksi, dan pengaturan cairan juga perlu diperhatikan. Asuhan keperawatan yang tepat dan komprehensi pada pasien trauma abdomen merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan oleh seorang perawat untuk membantu mengatasi berbagai masalah pada pasien. Melalui proses pemberian asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik pada pasien, diharapkan kebutuhan pasien dapat terpenuhi dan masalah pasien dapat teratasi. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka perlu melakukan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Abdomen di ruang IGD RSPALDr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Rumusan Masalah**

“Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

* 1. **Tujuan**
     1. **Tujuan Khusus**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Umum**

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Trauma TumpulmAbdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana keperawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan melakukan modifikasi intervensi asuhan keperawatan bila diperlukan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan sesuai dengan implementasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat Karya Tulis Ilmiah**
      1. **Manfaat Teoritis**

Tujuan dari karya ilmiah ini adalah untuk mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Manfaat Praktis**

1. Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini dapat dijadikan sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pada pasien dengan diagnosa Trauma Tumpul Abdomen sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapat asuhan keperawtan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini dapat dimanfaatkan untuk pengembangan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen yang dapat dijadikan masukan sekaligus sebagai bahan dokumen pengembangan ilmiah STIKES Hang Tuah Surabaya.

1. Bagi Keluarga Dan Pasien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang perawatan terhadap anggota keluarga yang memiliki Trauma Tumpul Abdomen sehingga keluarga mampu melakukan perawatan pada pasien dengan Trauma Tumpul Abdomen di ruamh.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru.

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis ini adalah metode deskriptif dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi lima langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Tahap Pengumpulan Data
2. Wawancara

Pengambilan data dilakukan dengan 2 cara yaitu, autoanamnesa dimana penulis melakukan pengkajian tentang kondisi pasien dengan melakukan wawancara dan heteroanamnesa dimana penulis melakukan pengkajian tentang kondisi pasien dengan melakukan wawancara terhadap keluarga pasien dan tim kesehatan lainnya.

1. Observasi

Pengambilan data juga dilakukan dengan melakukan observasi secara langsung terhadap kondisi umum dan reaksi pasien selama perawatan yang dapat diamati, serta mempelajari rekam medis pasien untuk mendapatkan data-data yang menunjang.

1. Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk melengkapi data tentang pasien dapat juga dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan fisik dengan menggunakan sistem B1 sampai B6. Untuk pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium yaitu: darah lengkap, klinik kimia, USG FAST.

1. Sumber Data
2. Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh dari keluarga, tim kesehatan, hasil pemeriksaan penunjang medis, pemeriksaan dokter, dan rekam medis. pasien

1. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari keluarga, tim kesehatan, hasil pemeriksaan penunjang medis, pemeriksaan dokter, dan rekam medis pasien.

1. Tinjauan Kepustakaan

Tinjauan kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Abdomen.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Penyusunan karya tulis ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3, yaitu:

1. Bagian aawal, memuat halaman judul, abstrak, kata pengantarm daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab sebagai berikut:

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka yang berisi uraian secara teoritis mengenai konsep Trauma Abdomen.

BAB 3 : Tinjauan kasus yang berisi tentang deskriptif dari hasil pengkajian penyusunan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Trauma Abdomen di ruang IGD RSPALDr. Ramelan Surabaya.

BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini analisis.

BAB 5 : Penutup yang berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar lampiran dan daftar pustaka dari buku dan jurnal.

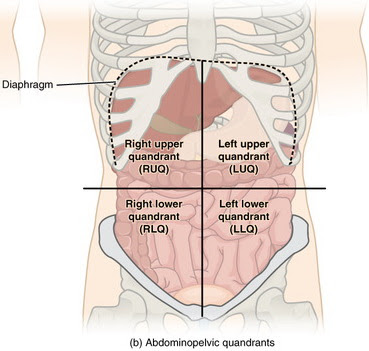
# **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan disajikan landasan teoritis yang mendasari masalah yang akan dibahas meliputi: 1) Konsep Trauma Abdomen, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Trauma Abdomen, serta 3) Kerangka Masalah Trauma Abdomen,

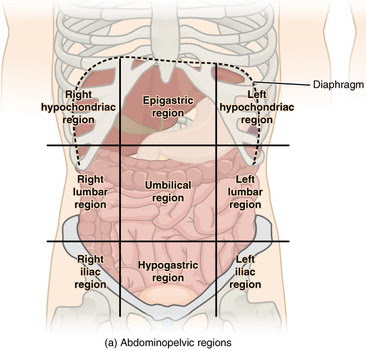
1. **Konsep Trauma Abdomen**
   * 1. **Anatomi Fisiologi Abdomen**

Abdomen terdiri dari saluran pencernaan dan organ aksesori lainnya yang membantu pencernaan, sistem kemih, limpa, dan otot perut. Mayoritas organ-organ ini terbungkus dalam membran pelindung yang disebut peritoneum. Sementara organ pencernaan dan organ penilai berada di dalam peritoneum, ginjal, ureter dan kandung kemih terletak di luar peritoneum. Dengan demikian dianggap oleh beberapa ilmuan sebagai organ panggul.

Dinding abdomen terdiri dari kulit, fascia superficialis, lemak, otot-otot, fascia transversalis dan perietal peritoneum. Selain itu, posisi abdomen ada diantara thoraks dan pelvis (Moore & Dalley, 2014). Pada abdomen, terdapat empat kuadran yang dibagi dari bagian midline dan bagian transumbilical (Pansky & Gest, 2013):

Gambar 2.1 Empat Kuadran Abdomen

1. Bagian kanan atas: hepar dan kantong empedu
2. Bagian kiri atas: gastric dan limfa
3. Bagian kanan bawah: caecum, ascending colon dan usus kecil
4. Bagian kiri bawah: decending colon, sigmoid colon dan usus kecil

Menurut Pansky & Gest (2013) Region abdomen terbagi menjadi:

Gambar 2.2 Region Abdomen

1. *Hypocondriaca dextra*, meliputi organ: lobus kanan hepar, kantung empedu, sebagian duodenum fleksura hepatik kolon, sebagian ginjal kanan dan kelenjar suprarenal kanan.
2. *Epigastrica*, meliputi: pilorus gaster, duodenum, pankreas, dan sebagian hepar.
3. *Hypocondriaca sinistra*, meliputi organ: gaster, lien, bagian kaudal pankreas, fleksura lienalis kolon, bagian proksimal ginjal kiri dan kelenjar suprarenal kiri.
4. *Lateralis dextra*, meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kanan, sebagian duodenum dan jejenum.
5. *Umbilicalis*, meliputi organ: omentum, mesentrium, bagian bawah duodenum, jejenum dan ileum.
6. *Lateralis sinistra*, meliputi organ: kolon ascenden, bagian distal ginjal kiri, sebagian jejenum dan ileum.
7. *Inguinalis dextra*, meliputi organ: sekum, apendiks, bagian distal ileum dan ureum kanan.
8. *Pubica*, meliputi organ: ileum, vesica urinearia dan uterus (pada kehamilan).
9. *Inguinalis sinistra*, meliputi organ: kolon sigmoid, ureter kiri dan ovarium kiri.

Untuk kepentingan klinis rongga abdomen dibagi menjadi tiga regio yaitu : rongga peritoneum, rongga retroperitoneum dan rongga pelvis. Rongga pelvis sebenarnya terdiri dari bagian dari intraperitoneal dan sebagian retroperitoneal. Rongga peritoneal dibagi menjadi dua yaitu bagian atas dan bawah. Rongga peritoneal atas, yang ditutupi tulang tulang thorax, termasuk diafragma, liver, lien, gaster dan kolon transversum. Area ini juga dinamakan sebagai komponen torakoabdominal dari abdomen. Sedangkan rongga peritoneal bawah berisi usus halus, sebagian kolon ascenden dan descenden, kolon sigmoid, caecum, dan organ reproduksi pada wanita (Trauma, 2012)

Rongga retroperitoneal terdapat di abdomen bagian belakang, berisi aorta abdominalis, vena cava inferior, sebagian besar duodenum, pancreas, ginjal, dan ureter, permukaan posterior kolon ascenden dan descenden serta komponen retroperitoneal dari rongga pelvis. Sedangkan rongga pelvis dikelilingi oleh tulang pelvis yang pada dasarnya adalah bagian bawah dari rongga peritoneal dan retroperitoneal. Berisi rektum, kandung kencing, pembuluh darah iliaka, dan organ reproduksi interna pada wanita (Wiargitha, 2017).

* + 1. **Definisi Trauma Abdomen**

Trauma merupakan penyebab utama kematian pada kelompok muda dan produktid di seluruh dunia (Ginting et al., 2017). Trauma abdomen adalah sebuah mekanisme yang disengaja maupun tidak disengaja yang dapat menyebabkan luka atau cidera pada bagian tubuh. Apabila trauma yang didapatkan cukup berat, dapat mengakibatkan kerusakan anatomi maupun fisiologi pada organ tubuh yang terkena. Trauma abdomen adalah trauma yag melibatkan daerah antara diafragma pada bagian atas dan pelvis pada bagian bawah (Guillion, 2011).

Trauma abdomen adalah kerusakan terhadap struktur yang terletak diantara diafragma dan pelvis yang diakibatkan oleh luka tumpul atau luka yang menusuk. Trauma abdomen merupakan cedera pada abdomen, dapat berupa trauma tumpul, tembus, serta trauma yang disengaja atua tidak disengaja (Purnama & Aprillia, 2019).

Trauma abdomen merupakan salah satu kegawatdaruratan dalam sistem pencernaan yaitu terjadinya kerusakan pada organ abdomen yang dapat menyebabkan perubahan fisiologi sehingga dapat terjadi gangguan metabolisme, dan gangguan faal berbagai organ disekitarnya (Wiargitha, 2017).

Pada trauma tumpul abdomen, cedera organ intra abdomen yang didapatkan umumnya merupakan organ solid, terutama limpa dan hati dimana kedua organ ini dapat menyebabkan perdarahan intra abdomen. Sedangkan untuk organ berongga cukup jarang terjadi, seperti usus (gaster, duodenum, jejunum, ileum, colon, rectum), ureter, dan saluran empedu. Kunci sukses penanganan trauma tumpul abdomen adalah kewaspadaan yang tinggi adanya cedera intra abdomen pada setiap pasien trauma, sehingga bisa mendeteksi sedini mungkin adanya cedera intra abdomen (Gad et al., 2012).

* + 1. **Etiologi**

Trauma abdomen dapat dibagi menjadi dua tipe, yaitu trauma tumpul abdomen dan trauma tembus abdomen. Penyebab trauma abdomen berdasarkan klasifikasinya adalah sebagai berikut (Karjosukarso, Wiargitha, & Bagus, 2019).

1. Penyebab trauma abdomen non-penetrasi
2. Terkena kompresi atau tekanan dari luar tubuh
3. Hancur (tertabrak mobil)
4. Terjepit sabuk pengaman karena terlalu menekan perut
5. Cidera akselerasi/deselerasi karena kecelakaan ataupun olahraga
6. Penyebab trauma abdomen penetrasi
7. Luka akibat terkena tembakan
8. Luka akibat tikaman benda tajam
9. Luka akibat tusukan
   * 1. **Klasifikasi**

Trauma abdomen diklasifikasikan menjadi dua macam, yaitu trauma abdomen penetrasi dan non-penetrasi (Sander, 2013):

1. Trauma Tumpul (non-penetrasi)

Trauma tumpul abdomen adalah suatu trauma pada abdomen yang disebabkan oleh benda tumpul yang didasarkan dari hasil autoanamnesa atau alloanamnesa baik adanya jejas maupun tanpa jejas, tetapi didapatkan adanya tanda dan gejala klinis berupa ketidaknyamanan sampai rasa nyeri dibagian abdomen oleh karena perlukaan atau kerusakan organ bagian dalam abdomen. Pasien dengan trauma tumpul dapat terjadi adanya suatu potensi cidera yang tersembunyi yang mungkin sulit dideteksi. Insiden komplikasi berkaitan dengan trauma yang penanganannya terlambat akan lebih besar dari insiden yang berhubungan dari luka tusuk. Khususnya cidera tumpul yang mengenai hati, limpa, ginjal, atau pembuluh darah yang dapat mengakibatkan kehilangan darah substansial kedalam organ perineum.

Trauma tumpul abdomen merupakan jenis trauma yang tidak terdapat kontak antara jaringan yang terluka dengan lingkungan luar (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2011). Trauma tumpul sering menyebabkan cidera multipel yang dapat melibatkan kepala, spinal cord, tulang, thoraks, dan abdomen.

1. Trauma Tembus (penetrasi)

Trauma tembus abdomen disebabkan oleh benda tajam yang mengakibatkan luka dengan penetrasi ke dalam rongga peritoneum. Luka tembus dapat disebabkan oleh proyektil kecepatan tinggi (64%), luk atusuk (31%), dan luka tembak (5%). Selain itu, luka tembus juga dapat disebabkan oleh kekerasan rumah tangga maupun dari perspektif global misalnya kecelakaan dari peperangan (Offner, 2017)

Trauma akibat benda tajam dikenal dalam tiga bentuk luka, yaitu luka iris atau luka sayat (*vulnus scissum*), luka tusuk (*vulnus punctum*), dan luka bacok (*vulus caesum*). Luka tusuk maupun luka tembak dapat mengakibatkan kerusakan jaringan akibat kerusakan jaringan akibat laserasi ataupun terpotong. Luka tembak dengan kecepatan tinggi dapat menyebabkan transfer energi kinetik yang lebih besar terhadao organ visera, dengan adanya efek tambahan berupa *temporary cavitation,* dan bisa pecah menjadi fragmen yang mengakibatkan kerusakan lainnya. Kerusakan yang terjadi dapat berupa perdarahan apabila terkena pembuluh darah ataupu organ yang padat. Apabila terkena organ yang berongga, isi dari organ tersebut akan keluar ke dalam rongga perut yang dapat menyebabkan iritasi pada peritoneum.

Trauma pada dinding abdomen terdapat dua macam yaitu kontusio dan laserasi:

1. Kontusio dinding abdomen disebabkan oleh trauma non-penetrasi. Kontusio dinding abdomen tidak terdapat cidera intrabdomen, kemungkinan terjadi eksimosis atau penimbunan darah dalam jaringan lunak dan masa darah dapat menyerupai tumor.
2. Laserasi, jika terdapat luka pada dinding abdomen yang menembus rongga abdomen harus diekplorasi. Atau terjadi karena trauma penetrasi.
   * 1. **Patofisiologi**

Bila suatu kekuatan eksternal dibenturkan pada tubuh manusia seperti akibat kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, kecelakaan olah raga dan terjatuh dari ketinggian, maka terjadinya trauma merupakan hasil dari interaksi antara faktor-faktor fisik dari kekuatan eksternal tersebut dengan jaringan tubuh. Berat trauma yang terjadi berhubungan dengan kemampuan obyek statis (yang ditubruk) untuk menahan tubuh. Pada tempat benturan karena terjadinya perbedaan pergerakan dari jaringan tubuh yang akan menimbulkan disrupsi jaringan. Hal ini juga merupakan karakteristik dari permukaan yang menghentikan tubuh juga penting. Jika terjadi trauma penetrasi atau non penetrasi kemungkinan akan mengakibatkan perdarahan intra abdomen yang serius, pasien akan memperlihatkan tanda-tanda iritasi yang disertai dengan penurunan hitung sel darah merah hingga akhirnya nampak gambaran klasik syok hemoragik. Bila suatu organ viceral mengalami perforasi, maka tanda-tanda perforasi, tanda-tanda iritasi peritoneum cepat nampak. Tanda-tanda dalam trauma abdomen tersebut meliputi nyeri tekan, nyeri spontan dan distensi abdomen tanpa bising usus bila telah terjadi peritonitis umum. Bila syok telah lanjut pasien akan mengalami takikardia dan terjadi peningkatan suhu tubuh, serta terdapat leukositosis. Biasanya tanda-tanda peritonitis belum tampak. Pada fase awal perforasi kecil hanya terdapat tanda-tanda tidak khas yang muncul. Bila terdapat kecurigaan bahwa masuk rongga abdomen, maka harus dilakukan tindakan operasi (Sjamsuhidayat, 2010).

Cidera organ intra abdominal yang disebabkan oleh beberapa mekanisme yaitu terjadinya gaya akselerasi-deselerasi secara mendadak dapat menyebabkan robekan pada organ dan pedikel vaskuler. Sehingga tekanan intra abdominal akan tiba-tiba meningkat oleh karena gaya tekan dari luar seperti benturan setir atau sabuk pengaman yang letaknya tidak benar, dapat mengakibatkan terjadinya ruptur dari organ padat maupun organ berongga (Sander, 2013). Saat terjadi peningatan tekanan intra abdominal maka akan berdampak pada gangguan vaskuler. Tanda-tanda yang terlihat bukan hanya penurunan aliran darah vena lokal, tetapi juga penurunan aliran darah arteri akibat penurunan curah jantung dan memicu penurunan filtrasi glomerulus dan penurunan urine output (Kamayani, 2017).

Gangguan yang muncul pada sistem respirasi yaitu ketika peningkatan tekanan intra abdominal menekan diafragma ke dalam rongga thorax. Pengembangan daada berkurang dan peningkatan pada jalan napas diperlukan untuk ventilasi mekanik. Kapasitas residu fungsional menurun dan ventilasi perfusi *mismatching* meningkat menyebabkan gangguan oksigenasi (Lee, 2012). Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pertukaran gas.

Pada sistem kardiovaskuler peningkatan tekanan intra abdominal akan dihantarkan secara pasif ke vena intra abdomen. Secara simultan tekanan dalam thorak menurun, sehingga menurunkan tekanan dalam vena intrathorak dan atrium kanan. Perubahan tekanan abdomen dan thorak dapat menyebabkan peningkatan perbedaan tekanan antara vena perifer dan jantung (Kamayani, 2017). Jantung dan pembuluh darah menentukan penghantaran oksigen ke jaringan sedangkan sirkulasi pulmonal menentukan pertukaran gas. Gangguan sirkulasi menyebabkan tidak adekuatnya transport oksigen ke jaringan atau perfusi yang disebabkan oleh gangguan hemodinamik (Lee, 2012). Gangguan hemodinamik dapat berupa penurunan tahanan vaskuler sistemik terutama di arteri, berkurangnya darah balik, penurunan pengisian ventrikel dan sangat kecilnya curah jantung (Kamayani, 2017). Hal ini dapat disebabkan salah satunya adalah penurunan volume plasma intravaskuler akibat kehilangan cairan aktif (Tafwid, 2015). Sehingga timbul masalah keperawatan hipovolemik yang juga dapat mengakibatkan resiko syok.

Perdarahan organ intraabdomen mendesak organ lain dalam rongga abdomen. Hinnga menimbulkan masalah nyeri akut. Mekanisme timbunya nyeri didasari oleh proses multipel. Antara stimulus cidera jaringan dan pengalaman subjek nyeri terdapat empat proses yaitu transduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus yang kuat seperti trauma tumpul pada abdomen yang secara potensial merusak (Bahrudin, 2017).

Ketika peningkatan tekanan intra abdomen melebihi tekanan vena atau kapiler, perfusi ke ginjal dan abdome visera yang lain akan terganggu. Penurunan fungsi ginjal meliputi penekanan langsung pada parenkim ginjal, penurunan perfusi ke ginjal karena penurunan *cardiac index,* dan peningkatan retensi air dan garam karena aktivasi sistem renin angiotensin. penurunan perfusi darah ke ginjal mengakibatkan laju glomerulus menurun sehingga terjadi distensi kandung kemih dan timbul masalah keperawatan gangguan eliminasi urine (Kamayani, 2017). Gangguan fitrasi menyebabkan kegagalan dalam menyaring dan membuang ureum. Apabila menumpuk didalam darah maka akan menimbulkan berbagai gangguan pada sistem pencernaan seperti mual, muntah, dan letih (Herlina, 2014). Sehingga akan muncul masalah keperawatan nausea dan resiko defisit nutrisi yang disebabkan oleh gangguan mencerna makanan.

Pada kasus trauma tumpul abdomen akibat dari kecelakaan lalu lintas ataupun terjatuh dapat mengakibatkan masalah pada muskuloskeletal. Peningkataan tekanan intra abdomen akan meningkatkan tekanan vena femoral, meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan mengurangi aliran darah arteri femoralis sebanyak 65% (Kamayani, 2017). Penurunan aliran darah arteri femoralis mengakibatkan keluhan pada otot, dan kelemahan yang menyebabkan gerak fisik terbatas dan menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Husin, Hudaja, & Kristianto, 2006).

* + 1. **Manifestasi Klinis**

Menurut Sjamsuhidayat (2010) tanda umum trauma abdomen adalah sebagai berikut:

1. Laserasi, memar dan ekimosis
2. Hipotensi
3. Tidak adanya bising usus
4. Hemoperitoneum
5. Mual dan muntah
6. Adanya tanda “bruit” (bunyi abnormal auskultasi pembuluh darah, biasanya pada arteri karotis)
7. Nyeri
8. Perdarahan
9. Penurunan kesadaran
10. Sesak napas
11. Tanda *Kehrs,* yaitu nyeri di sebelah kiri yang disebabkan oleh perdarahan limfa. Tanda ini ada saat pasien dalam posisi recumbent.
12. Tanda *Cullen*, yaitu ekimosis perimbulikal pada perdarahan peritoneal.
13. Tanda *Grey-Turner*, yaitu ekimosis pada sisi tubuh (pinggang) pada perdarahan retroperitoneal.
14. Tanda *Coopernail*, yaitu ekimosis pada perineum, skrotum atau labia pada faktrur pelvis.
15. Tanda *Balance*, yaitu suara tumpul yang menetap pada kuadran kiri atas saat perkusi pada hematoma limfe.
    * 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan dalam manajemen pasien trauma yaitu sebagai berikut (Offner, 2017):

1. Uji Laboratorium

Jika operasi diperlukan, semua pasien dengan trauma tembus abdomen harus menjalani uji laboratorium dasar tertentu, sebagai berikut:

1. Golongan darah dan *cross-match*
2. Darah lengkap/*Complete Blood Count* (CBC)
3. Tingkat elektrolit
4. Nitrogen urea darah/BUN dan tingkat kreatinin serum
5. Tingkat glukosa
6. Prothrombin time (PT) atau waktu tromboplastin parsial teraktivasi (*activated partial thromboplastin time/*aPTT)
7. Tingkat laktat vena atau arteri
8. Kadar kalsium, magnesium, dan folat
9. Gas darah arteri (GDA)
10. Urinealisis
11. Serum dan toksikologi urine
12. Pencitraan/*imaging*

Pencitraan berikut dapat digunakan untuk mengevaluasi pasien dengan trauma tembus abdomen:

1. Foto polos dada: untuk menyingkirkan penetrasi rongga dada, mendeteksi adanya cidera diafragma.
2. Foto polos abdomen dalam 2 tampilan (anterior-posterior, dan lateral). Foto polos abdomen hanya diindikasikan untuk luka tembak, untuk menilai perjalanan peluru dari luka tembak masuk dan keberadaan peluru didalam rongga perut bilamana ada ketidakcocokan antara luka masuk dan luka keluar.
3. *Diagnostic Peritoneal Lavage* (DPL), digunakan untuk menentukan adanya perdarahan intra abdomen pada pasien multitrauma yang tidak stabil, juga mendiagnosa cidera pada usus.
4. Ultrasonografi (USG) dada dan abdomen: *Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) meliputi pencarian cairan atau darah bebas di empat daerah dasar.
5. Subxiphoid atau parasternal untuk mendeteksi cairan di pericardial (tamponade jantung),
6. Kuadran kanan atas untuk melihat antar muka hepar dan ginjal kanan (morison’s pouch) dan dada kanan,
7. Kuadran kiri atas untuk melihat antar muka limpa dengan ginjal kiri serta melihat dada kiri,
8. Suprapubik transversal atau longitudinal pelvis untuk melihat cairan bebas disekitar kantung kencing.
9. CT-Scan abdomen (termasuk CT heliks triple-contrast): mampu menspesifikasikan sumber darah intra abdomen dan mendiagnosa kerusakan organ retroperitoneal, cidera spinal serta daerah pelvis pada saat bersamaan.
10. Laparoskopi diagnostik, dilakukan pada trauma tembus abdomen dengan hemodinamik stabil tanpa adanya tanda peritonitis. Laporoskopi berguna untuk melihat cedera peritoneum didaerah tusukan, bilamana dan cidera selanjutnya bisa melihat organ di daerah tersebut ada cidera atau tidak serta juga melihat ada tidaknya perlukaan pada diafragma.
11. Studi radiologi lain yang mungkin berguna termasuk berikut ini:
12. Survei skeletal: untuk mendeteksi fraktur yang terkait.
13. CT-Scan otak: untuk mendeteksi adanya cidera kepala yang terjadi secara bersamaan.
14. *Retrograde urethrogram/cystogram*: untuk mendeteksi cidera uretra atau kandung kemih.
15. Pielografi intravena intraoperatif: untuk menilai fungsi ginjal kontralateral pada pasien dengan kerusakan ginjal yang membutuhkan nephrectomy.
16. *Blunt Abdominal Trauma Scoring System* (BATSS) pada Pasien Trauma Tumpul Abdomen

*Blunt Abdominal Trauma Scoring System* (BATSS) adalah suatu sistem skoring yang digunakan untuk mendeteksi pasien yang dicurigai mengalami cedera organ intra abdomen akibat trauma tumpul abdomen. Hal-hal yang dinilai dalam BATTS antara lain: (Liani & Putra, 2019)

Tabel 2.1 Blunt Abdominal Trauma Scoring System (BATSS)

|  |  |
| --- | --- |
| **Kategori** | **Skor** |
| Nyeri abdomen | 2 |
| Nyeri tekan abdomen | 3 |
| Jejas pada dinding dada | 1 |
| Fraktur pelvis | 5 |
| Focus Assesment Sonography for Trauma | 8 |
| Tekanan darah sistolik <100 mmHg | 4 |
| Denyut Nadi >100x/mneit | 1 |

Interpretasi :

< 8 = resiko ringan

8-12 = resiko sedang

>12 = resiko tinggi

* + 1. **Penatalaksanaan**
       1. **Penatalaksanaan *Pre Hospital***

1. Penanganan Awal Trauma Abdomen

Pengkajian yang dilakukan untuk menentukan masalah yang mengancam nyawa, harus mengkaji dengan cepat aapa yang terjadi di lokasi kejadian. Menurut Musliha (2010), penilaian awal yang dilakukan adalah *airway, breathing, circulation* jika ada indikasi, jika korban tidak berespon, maka segera buka dan bersihkan.

1. *Primary Survey*
2. Airway

Membuka jalan napas menggunakan teknik *head tilt chin lift* atau menengadakan kepala dan mengangkat dagu (*jaw thrust*). Periksa adakah benda asing yag mengakibatkan tertutupnya jalan napas. Muntahan, makanan, darah atua benda asing lainnya.

1. Breathing

Memeriksa pernapasan dengan cepat “*look, listen, feel*”, selanjutnya pemeriksaan status respirasi pasien. Kontrol jalan napas pada pasien trauma abdomen yag *airway* terganggu karena faktor mekanik, adanya gangguan ventilasi atau adanya gangguan kesadaran, dicapai dengan intubasi endotrakeal. Setiap penderita trauma diberikan oksigen. Bila tanpa intubasi, sebaiknya diberikan dengan *face mask.* Pemakaian *pulse oxymeter* baik untuk menilai O2 yang adekuat.

1. Circulation

Jika pernapasan pasien cepat dan tidak adekuat, maka berikan bantuan pernapasan. Resusitasi pasien dengan trauma abdomen penetrasi dimulai segera setelah tiba. Cairan harus diberikan dengan cepat. NaCl atau Ringer laktat dapat digunakan untuk resusitasi kristaloid. Rute akses intravena adalah penting, pasang kateter intravena perifer berukuran besar minimal dua diekstremitas atas untuk resusitasi cairan. Pasien yang datang dengan hipotensi sudah berada di kelas III syok (30-40% volume darah yang hilang) dan harus menerima produk darah sesegera mungkin, hal yang sama berlaku pada pasien dengan perdarahan yang signifikan jelas. Upaya yang harus dilakukan untuk mencegah hipotermia, termasuk menggunakan selimut hangat dan cairan *prewarmed*.

1. Disability

Dilakukan evaluasi terhadap keadaan neurologis secara cepat. Yang dinilai disini adalah tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil.

1. Exposure

Pasien harus dibuka keseluruhan pakaiannya dengan cara menggunting untuk memeriksa dan evaluasi pasien. Paparan lengkap dan visualisasi *head to toe* pasien adalah wajib pada pasien dengan trauma abdomen penetrasi. Ini termasuk bagian bokong, bagian posterior dari kaki, kulit kepala, bagian belakang leher, dan perineum. Setelah pakaian dibuka puting pasien diselimuti agar pasien tidak kedinginan.

1. *Secondary Survey*

*Secondary survey* hanya dilakukan bila *airway, breathing, circulation* pasien sudah stabil. Bila sewaktu *secondary survey* kondisi pasien memburuk, maka kita harus kembali mengulangi *primary survey*. Semua prosedur yang dilakukan harus dicatat dengan baik. Pemeriksaan dari kepala sampai ke jari kaki (*head to toe*) dilakukan dengan perhatian utama:

1. Pemeriksaan kepala
2. Kelainan kulit kepala dan bola mata
3. Telinga bagian luar dan membran timpani
4. Cidera jaringan lunak periorbital
5. Pemeriksaan leher
6. Luka tembus leher
7. Emfisema subkutan
8. Deviasi trachea
9. Vea leher yang mengembang
10. Pemeriksaan neurologis
11. Penilaian fungsi otak dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS)
12. Penilaian fungsi medula spinalis dengan aktivitas motorik
13. Penilaian rasa raba/sensasi dan refleks
14. Pemeriksaan dada
15. Klavikula dan semua tulang iga
16. Suara napas dan jantung
17. Pemantauan ECG (bila tersedia)
18. Pemeriksaan rongga perut (abdomen)
19. Luka tembus abdomen memerlukan eksplorasi bedah
20. Pasanglah pipa nasogastrik pada pasien trauma tumpul abdomen kecuali bila ada trauma wajah
21. Periksa dubur (*rectal toucher*)
22. Pasang kateter urine jika tidak ada darah di *meatus externus*
23. Pelvis dan ekstremitas
24. Cari adanya fraktur (bila dicurigai fraktur pelvis jangan melakukan tes gerakan apapun karena akan memperberat perdarahan)
25. Cari denyut nadi-nadi perifer pada daerah trauma
26. Cari luka, memar dan cidera lain.
    * + 1. **Penatalaksanaan di IGD**
27. Mulai prosedur resusitasi *airway, breathing, circulation* sesuai dengan indikasi
28. Pertahankan pasien pada brankar atau tandu papan, gerakkan dapat menyebabkan fragmentasi bekuan pada pembuluh darah besar dan menimbulkan hemoragi masif.
29. Pastikan kepatenan jalan napas dan kestabilan pernapasan serta sistem saraf. Jika pasien koma berikan *collar brace* sampai hasil X-ray leher didapatkan.
30. Gunting baju dari luka, hitung jumlah luka dan tentukan lokasi luka
31. Kaji tanda dan gejala hemoragi. Hemoragi sering menyertai cidera abdomen, khususnya hati dan limpa mengalami trauma.
32. Kontrol perdarahan dan pertahankan voume darah sampai pembedahan dilakukan.
33. Berikan kompresi pada luka perdarahan eksternal dan bendungan luka dada.
34. Pasang kateter IV diameter besar untuk penggantian cairan cepat dan memperbaiki sirkulasi.
35. Perhatikan kejadian syok setelah respon awal terjadi terhadap transfusi, ini merupakan tanda yang paling sering adanya perdarahan internal.
36. Aspirasi lambung dengan selang nasogastrik. Prosedur ini membantu mendeteksi adanya luka lambung, mengurangi kontaminasi terhadap rongga peritoneum, dan mencegah komplikasi paru karena aspirasi.
37. Tutup visera abdomen yang keluar dengan balutan steril, balutan salin basah untuk mencegah visera kering.
38. Pasang kateter untuk mendapatkan kepastian adanya hematuria dan pantau.
39. Siapkan USG untuk menentukan apakah terdapat penetrasi peritonium pada kasus luka tusuk.
40. Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi karena trauma dapat menyebabkan infeksi akibat kerusakan barier mekanis.
41. Siapkan pasien untuk pembedahan jika terdapat bukti adanya syok, kehilangan darah, adanya udara bebas dibawah diafragma, eviserasi atau hematuria.
    * 1. **Komplikasi**

Menurut Barokah (2010) komplikasi yang disebabkan karena adanya trauma pada abdomen dalam waktu segera adalah terjadinya syok hemoragik dan cidera. Pada fase lanjut dapat terjadi infeksi, thrombosis vena, emboli pulmonar, stress ulserasi dan perdarahan, pneumonia, tekanan ulserasi, atelektasis maupun sepsis.

* 1. **Konsep Teori Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Trauma Abdomen**
     1. **Pengkajian**

Data yang dikumpulkan selama pengkajian digunakan sebagai dasar untuk membuat rencana asuhan keperawatan klien. Proses pengkajian keperawatan harus dilakukan dengan sangat individual (sesuai masalah dan kebutuhan klien saat ini). Dalam melakukan pengkajian pasien dengan trauma abdomen meliputi anamnese, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjag.

1. Identitas pasien : pada pasien trauma abdomen rata-rata cenderung pada kelompok usia 15-24 tahun (Karjosukarso et al., 2019). Menurut Wiargitha (2017), menyebutkan bahwa sebagian besar kasus trauma abdomen terjadi pada lak-laki dibandingkan dengan perempuan dan penyebab paling sering adalah karena kecelakaan lalu lintas.
2. Keluhan Utama: pasien akan mengeluh nyeri pada perut, mual, muntah, tidak terasa saat berkemih, sesak nafas, hingga terjadi penurunan kesadaran karena perdarahan intra abdominal.
3. Riwayat Penyakit Sekarang: jika pasien mengalami kecelakaan lalu lintas, maka kaji trauma abdomen akibat tabrakan kendaraan bermotor harus mencakup kecepatan kendaraan, jenis tabrakan, berapa besar penyoknya bagian kendaraan ke dalam ruang penumpang, jenis pengaman yang digunakan, ada atau tidaknya *air bag*, posisi pasien dalam kendaraan, dan status penumpang lainnya. Sedangkan jika pasien mengalami trauma abdomen karena akibat penetrasi maka kaji waktu terjadinya trauma, jenis senjata yang digunakan (pisau, pistol, atau senapan), jarak dari pelaku, jumlah tikaman atau tembakan, dan jumlah perdarahan eksternal yang tercatat di tempat kejadian.
4. Riwayat Penyakit Dahulu: kaji apakah pasien memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung atau asma.
5. Riwayat Penyakit Keluarga: kaji apakah keluarga pasien memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi atau diabetes mellitus.
   * 1. **Pemeriksaan Fisik**
6. *Primary Survey*
7. *Airway*

Kaji adanya sumbatan pada jalan napas atau tidak dengan mengajak pasien berbicara untuk memastikan ada atua tidaknya sumbatan jalan napas. Sumbatan dapat berupa gargling (darah/air), soring (lidah jatuh ke belakang dan menurup jalan napas).

1. *Breathing*

Kaji ada atau tidak pergerakan dada, suara napas dan suara napas tambahan, rasakan ada atau tidak hembusan napas pasien. Kaji adanya sesak napas karena kasus trauma abdomen dapat mengakibatkan adanya udara bebas pada intraperitoneal yang disebabkan oleh perforasi organ visera berongga dan pada rongga thoraks (Wiargitha, 2017).

1. *Circulation*

Kaji nadi perifer, kaji status hemodinamik, kaji saturasi oksigen perifer, kaji CRT (normal < 2 detik), akral (normal hangat kering merah), inspeksi membrane mukosa bibir adanya sianosis atau jaundice. Pada kasus trauma abdomen akan terjadi perdarahan intra abdominal sehingga tidak tampak perdarahan dari luar sehingga mengakibatkan terjadinya syok hemoragik, maka pantau tanda-tanda syok melalui *circulation.*

1. *Disability*

Kaji status neurologi pasien, CRT, reflek pupil, adakah keluhan kelemahan pada tubuh pasien, karena gejala kelemahan pada bagian tubuh pasien.

1. *Exposure*

Penderita harus diperiksa secara menyeluruh, mulai dari bagian depan sampai belakang, dan juga bagian bawah dada dan perineum sesuai anatomi abdomen. Inspeksi untuk melihat adanya goresan atau laserasi, robekan, luka, benda asing yang tertancap, serta status hamil pada perempuan. Adanya jejas, laserasi di dinding perut atau perdarahan di bawah kulit (*hematome*) setelah trauma dapat memberikan petunjuk adanya kemungkinan kerusakan organ di bawahnya (Karjosukarso et al., 2019).

1. *Secondary Survey*
2. Riwayat Alergi (AMPLE):
3. *Allergies*: kaji apakah pasien memiliki alergi terhadap obat-obatan ataupun makanan.
4. *Medication*: kaji apakah pasien sedang menjalani pengobatan (hipertensi atau diabetes mellitus), kaji obat-obatan yang di konsumsi pasien selama dirumah.
5. *Past medical history*: kaji riwayat medis pasien seperti penyakit yang pernah diderita, riwayat operasi atau penggunaan obat-obat herbal dan riwayat pernah dirawat di rumah sakit.
6. *Last meal*: kaji obat atau makanan apa yang baru saja di konsumsi oleh pasien dan dikonsumsi terakhir pada pukul berapa sebelum terjadi trauma.
7. *Event of injury*:kaji hal yang berhubungan dengan kejadian seperti kecelakaan lalu lintas, kecelakaan kerja, atau tertembak atau tertusuk benda tajam. Kejadian ini yang dapat menjadi keluhan utama.
8. B4 (*bladder*): kaji ada tidaknya nyeri tekan pada vesika urinearia, pasang kateter urine untuk observasi intake dan output cairan pasien, kaji adakah keluhan berkemih yang tidak tuntas, serta adanya hematuria.
9. B5 (*bowel*): kaji keluhan mual dan muntah, kaji bising usus karena bisanya kasus trauma abdomen memiliki ciri khas bising usus tidak dapat terkaji.
10. B6 (b*one & integumen*): kaji adakah kelemahan pada ektremitas atas atau bawah pasien akibat mekanisme cidera. Kaji adanya bagian kulit pasien yang mengalami lecet, jejas, laserasi di dinding perut.
11. Pemeriksaan Diagnostik
12. Radiologi (foto polos dada dan abdomen)
13. *Diagnostic Peritoneal Lavage* (DPL), digunakan untuk menentukan adanya perdarahan intra abdomen
14. USG, mengetahui adanya *internal bleeding*
15. CT-scan, untuk mengukur keparahan cedera
16. Laboratorium, darah lengkap, urine, kimia lengkap
    * 1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Barokah, 2010), diagnosa keperawatan trauma abdomen adalah sebagai berikut:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori nutrisi dan cairan; hal.64 (D.0023)).
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) (SDKI: Kategori psikologis atau subkategori nyeri dan kenyamanan; hal.172 (D.0077)).
3. Risiko syok ditandai dengan faktor risiko hipotensi, kekurangan volume cairan (SDKI: Kategori fisiologis/subkategori nutrisi dan cairan; hal.92 (D.0039)).
4. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi (SDKI: Kategori fisiologi/subkategori respirasi; hal.22 (D.0003)).
5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan trauma abdomen (SDKI: Kategori fisiologis atau subkategori eliminasi; hal: 96 (D.0040)).
6. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor risiko trauma abdomen, ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI: Kategori fisiologis atau subkategori nutrisi dan cairan; hal.81 (D.0032)).
7. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik (SDKI: Kategori fisiologis atau subkategori aktivitas/istirahat; hal.124 (D.0054)).
   * 1. **Intervensi Keperawatan**
8. Hipovolemia Berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif

**Tujuan**: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x3jam maka status tanda hipovolemia berkurang

**Kriteria Hasil**:

1. Tekanan darah membaik (120/80 mmHg)
2. Nadi normal (60-100x/menit)
3. Kadar hemoglobin membaik (L:13.2-17.3 g/dL; P: 11.7-15.5 g/dL)
4. Kadar hematocrit membaik (L: 40-52%; P: 35-47%)

**Intervensi Keperawatan**

1. Monitor intake dan output cairan

Rasional: untuk mengetahui adanya gejala hipovelima

1. Pasang jalur IV

Rasional: untuk memberikan resusitasi cairan cepat

1. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

Rasional: untuk mengetahui luaran urine dan adanya hematuria

1. Kolaborasikan pemberian cairan kristaloid

Rasional: menggantikan cairan tubuh yang hilang

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

**Tujuan**: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama …x3jam maka tingkat nyeri menurun.

**Kriteria Hasil**:

1. Keluhan nyeri menurun
2. Ekspresi wajah meringis menurun
3. Frekuensi nadi membaik (60-100 x/mnt)

**Intervensi Keperawatan**

1. Identifikasi penyebab (P), kualitas (Q), area (R), skala (S), dan onset timbulnya nyeri (T)

Rasional: untuk mengetahui perubahan tingkat nyeri

1. Identifikasi respon nyeri non-verbal (ekspresi wajah, perilaku proteksi area nyeri)

Rasional: untuk mengetahui ekspresi dari nyeri yang dirasakan

1. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri

Rasional: lingkungan yang tenang dapat menurunkan keluhan nyeri

1. Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: meredakan nyeri dengan adekuat

1. Risiko syok ditandai dengan faktor risiko hipotensi, kekurangan volume cairan

**Tujuan**: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama …x3jam maka tingkat syok meningkat.

**Kriteria Hasil**:

1. Frekuensi nadi membaik (60-100x/mnt)
2. Output urine meningkat (balance cairan seimbang)
3. CRT membaik (< 2dtk)
4. Tekanan darah membaik (120/80 mmHg)

**Intervensi Keperawatan**

1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)

Rasional: mengetahui tanda dan gejala syok

1. Berikan oksigenasi untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional: meningkatkan perfusi O2 dalam tubuh

1. Pasang jalur IV

Rasional: untuk memberikan resusitasi cairan cepat

1. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

Rasional: untuk mengetahui luaran urine dan adanya hematuria

1. Kolaborasikan pemberian cairan kristaloid

Rasional: menggantikan cairan tubuh yang hilang

* 1. **Kerangka Masalah Keperawatan**

Trauma Non-Penetrasi

Kompresi Organ Abdomen

Ruptur Organ Abdomen

Perdarahan Intra Abdomen

Tekanan Intra Abdomen ↑

Trauma Penetrasi

Terputusnya Jaringan Kulit

Cedera Organ Abdomen

Perdarahan Intra Abdomen

TRAUMA ABDOMEN

Menekan diafragma ke dalam rongga thorax

Tekanan intra abdomen ↑

B1 Breath

B2 Blood

B3 Brain

B4 Bladder

B5 Bowel

B6 Bone

Tekanan intra abdomen ↑

PCO2 ↓

PO2 dalam jaringan ↓

Sesak napas

Pola nafas abnormal

**MK: Gangguan Pertukaran Gas**

Kehilangan cairan aktif

Perubahan status hemodinamik

**MK: Hipovolemia**

Cairan tubuh ↓

Suhu tubuh ↑

**MK: Hipertermi**

Perdarahan intra abdomen mendesak organ lain

Timbul rasa nyeri dan tidak nyaman

**MK: Nyeri Akut**

Tekanan intra abdomen ↑

Perfusi darah ke ginjal ↓

Laju glomerulus ↓

Distensi kandung kemih

**MK: Gangguan Eliminasi Urin**

Tekanan intra abdomen ↑

Gangguan filtrasi ginjal

**MK: Nausea**

Gangguan mencerna makanan

**MK: Resiko Defisit Nutrisi**

Tekanan intra abdomen ↑

Gerak terbatas

**MK: Gangguan Mobilitas Fisik**

**MK: Resiko Syok**

Ureum menumpuk

Penurunan aliran darah arteri femoralis

Kelemahan

*Reference*: (Kamayani, 2017)

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

# **BAB 3**

# **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Juli 2020 sampai dengan 19 Juli 2020. Dengan data pengkajian pada tanggal 17 Juli 2020 pukul 19.00 WIB di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Pengkajian**
2. **Identitas**

Klien adalah seorang laki-laki bernama Tn. M usia 26 tahun, nomer register 253-xx-xx, beragama Islam, suku bahasa Jawa Indonesia. Bahasa yang digunakan adalah bahasa Jawa dan bahasa Indonesia dan pendidikan sarjana, seorang pegawai swasta. Klien merupakan anak kedua dari tiga bersaudara dengan kakak perempuan dan adik perempuan. Klien datang ke IGD pada tanggal 17 Juli 2020 pukul 19.00 WIB, dengan diagnosa Trauma Tumpul Abdomen.

* + 1. **Riwayat Keperawatan**

1. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan sampai punggung dan bahu disertai rasa mual tapi tidak muntah.

1. Riwayat Kejadian

Berdasarkan anamnesa, klien mengatakan pada pukul 18.00 WIB mengalami kecelakaan lalu lintas di Jalan Ahmad Yani setelah menabrak sebuah truk yang sedang parkir dijalan karena mengantuk dan perutnya membentur stang kemudi sepeda motor. Klien mengeluh nyeri perut disebelah kanan terasa sampai punggung dan bahu, disertai rasa mual tapi tidak muntah. Klien dibawa ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 17 Juli 2020 pukul 19.00 WIB menggunakan mobil dengan durasi waktu satu jam setelah kejadian. Pada saat perjalanan ke rumah sakit, klien tidak mendapatkan pertolongan apapun. Pada saat di IGD, klien langsung dibawa ke P2 dengan klasifikasi kasus medik *emergency trauma*. Pada saat pengkajian didapatkan bahwa klien mengeluh badannya terasa lemas dan mata berkunang-kunang. Dilakukan pemeriksaan, didapatkan data bahwa GCS 4-5-6, kesadaran composmentis, BB: 70 kg dan TB: 170 cm. Pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan bahwa tekanan darah: 100/60 mmHg, HR: 120/menit, teraba lemah RR: 23x/menit, Suhu 36,7ºC, dan SPO2: 98%. Pada pemeriksaan fisik, didapatkan bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan, jalan napas paten, irama reguler dan tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan distensi abdomen, pada region abdomen didapatkan luka lecet dikuadran kanan atas, auskultasi bising usus 7x/menit namun lemah, klien mengeluh nyeri tekan perut dengan punctum maximum sebelah kanan atas, hepar dan lien tidak teraba. Selama di IGD klien dilakukan pemasangan infus dengan terapi NaCl dan pemasangan kateter urine untuk memonitor diuresis. Cek GDA stik 120 mg/dl, cek darah lengkap dengan hasil hemoglobin 8,5 g/dL, hematokrit 65%, leukosit 11.500/mm3, trombosit 370 mcL, ureum 29 mg/dL, kreatinin 1,00 mg/dL, SGOT 24 U/l, SGPT 30 U/l, dan albimin 2,5 g/dL. Hasil pemeriksaan FAST didapatkan adanya *fluid collection* (penumpukan cairan) ± 300 ml di *morison pouch, splenorenal space* dan *paravesika space.* Klien diberikan injeksi Cefriaxone 250 mg/IV, Ketorolac 30 mg/IV dan Ondansentron 8 mg/IV.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, jantung, ataupun asma.

1. Riwayat Alergi

Klien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap makan dan obat-obatan, terbukti saat menjalani ceftriaxone *skin test* tidak ada kemerahan ataupun ruam pada kulit daerah *skin test*.

1. Keadaan Umum

Keadaan umum klien lemah dengan kesadaran *composmentis,* GCS 4-5-6. Pada klien didapatkan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 100/60 mmHg, HR: 120/menit teraba lemah, RR: 23x/menit, Suhu 36,7ºC, dan SPO2: 98%.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan.**

1. Pengkajian Nyeri (PQRST)

P : Klien mengatakan nyeri perut. Q : Terasa seperti ditusuk-tusuk. R : Nyeri perut sebelah kanan atas sampai punggung dan bahu. S : dengan skala 6 (1-10). T : Konsistensi terus menerus.

**Masalah Keperawatan: Nyeri Akut (D.0077)**

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**

1. *Airway & Breathing*

Pada pemeriksaan fisik *airway & breathing* didapatkan bahwa klien tidak memakai alat bantu pernaasan dan dapat bernapas dengan spontan. Inspeksi: bentuk dada normochest, irama nafas reguler, dengan suara nafas vesikuler. Retraksi dada (-), pernafasan cuping hidung (-), sianosis (-), reflek batuk (-), tidak ditemukan adanya produksi sekret. Palpasi: tidak terdapat krepitasi dan palpitasi. Perkusi: perkusi paru sonor pada seluruh lapang paru. Auskultasi: ronkhi (-), wheezing (-).

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah**

1. *Circulation*

Pada pemeriksaan sirkulasi klien didapatkan hasil tekanan darah 100/60 mmHg, HR: 120/menit, RR: 23x/menit, Suhu 36,7ºC, dan SPO2: 98%. Inspeksi: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, sklera ikterus (+), CRT > 3 detik, akral teraba hangat kering merah, turgor kulit menurun, asites (-), edema (-), dan perdarahan (-). Palpasi: nadi teraba 120x/menit, lemah. Perkusi: suara pekak pada ICS 4-5 sinistra. Auskultasi: terdengar S1-S2 tunggal dan tidak ada suara jantung tambahan.

**Masalah Keperawatan: Hipovolemia (D.0023)**

1. *Disability*

Pemeriksaan disability pada klien didapatkan hasil kesadaran composmentis dengan GCS 4-5-6. Fraktur (-), edema (-), atrofi (-), krepitasi (-), dislokasi (-), paralisis (-). Kepala : tidak ada benjolan atau lesi. Konjungtiva/sklera : anemis/ikterus. Pupil : isokor, reflek cahaya : +/+ kanan dan kiri 2 mm. Nervus I (Saraf Olfaktorius) : klien mampu membedakan bau-bauan seperti bau alkohol. Nervus II (Saraf Optikus) : klien tidak minus, lapang pandang +/+. Nervus III (Saraf Okulomotorius): klien dapat menggerakkan bola mata dan reflek pupil terhadap cahaya isokor. Nervus IV (Saraf Troklearis): klien dapat menggerakkan bola matanya kebawah. Nervus V (Saraf Trigeminus) : klien dapat merasakan sensasi kapas di wajahnya. Nervus VI (Saraf Abdusen) : klien dapat menggerakkan bola mata. Nervus VII (Saraf Fasialis) : senyum klien simetris, dapat mengangkat alis dan menjulurkan lidah. Nervus VII (Saraf Vestibulokoklearus) : klien dapat mendengar bunyi gesekan jari- jari. Nervus IX (Saraf Glosofangieus) : klien mual, pada saat dikaji tidak dapat membedakan rasa. Nervus X (Saraf Vagus) : klien mual

Nervus XI (Saraf Aksesorius) : klien dapat menggerakkan bahu. Nervus XII (Saraf Hipoglosus) : klien dapat berbicara dengan jelas.

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah Keperawatan**

1. *Urinary*

Genetalia bersih, tidak terdapat luka, lesi, ataupun benjolan. Terpasang kateter urine No 16, dengan volume urine 84 ml sebelum diberi terapi cairan dengan warna urine kuning jernih. Tidak terdapat distensi kandung kemih, dan tidak ada hematuria. *Balance* cairan *Intake* = Infus NaCl = 1500 ml/24 jam, Injeksi obat = 150 ml/24 jam. *Output* = IWL = 1050 ml/24 jam, Urine = 504 ml/24 jam, Kehilangan carian = 300 ml/24 jam, Intake-output = 1650 ml - 1854 ml = - 204 ml.

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Masalah Keperawatan.**

1. Gastrointestinal

Klien mengeluh perutnya nyeri dengan skala 6 (1-10), mual tapi tidak muntah. Klien tampak meringis menahan nyeri dan bersikap protektif terhadap nyerinya. Inspeksi: perut belum cembung, pada region abdomen didapatkan luka lecet di kuadran kanan atas. Auskultasi: bising usus 7x/menit nemun lemah. Palpasi : mengalami nyeri tekan perut dengan *punctum maximum* sebelah kanan atas, hepar dan lien tidak teraba. Perkusi : pekak pindah (*shifting dullnes*) tidak dilakukan karena pasien mengeluh nyeri saat berubah posisi.

**Masalah Keperawatan: Nyeri Akut (D.0077) & Nausea (D.0076)**

1. Bone dan Integumen

Pada pemeriksaan bone dan integumen didapatkan hasil bahwa tidak ada edema, tidak ada fraktur, CRT > 3 detik dan kekuatan otot .

**Masalah Keperawatan: Tidak Ada Keperawatan**

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**

1. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 17 Juli 2020

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Pemeriksaan Patologi | Hasil | Nilai Rujukan |
| 1. | Hemoglobin | 8,5 g/dL | 13,2-17,9 g/dL |
| 2. | Leukosit | 11.500/mm3 | 3.500-10.500/mm3 |
| 3. | Hematokrit | 65% | 38,8-50% |
| 4. | Ureum | 29 mg/dL | 7-20 mg/dL |
| 5. | Kreatinin | 1.00 mg/dL | 0,6-1,2 mg/dL |
| 6. | Trombosit | 370 mcL | 150-400 mcL |
| 7. | SGOT | 24 U/I | 5-40 U/I |
| 8. | SGPT | 30 U/I | 7-56 U/I |
| 9. | GDA | 120 mg/dL | < 200 mg/dL |
| 10. | Albumin | 2,5 g/dL | 3.5-5,9 g/dL |

1. Pemeriksaan FAST

Hasil didapatkan bahwa terdapat fluid collection (penumpukkan cairan) ± 300 ml di *morison pouch, splenorenal space* dan *paravesika space.*

1. *Blunt Abdominal Trauma Scoring System* (BATSS)

Skor yang didapatkan dari BATSS yaitu resiko tinggi dengan total skor 14 yaitu klien mengalami nyeri abdomen (2), nyeri tekan abdomen (3), pemeriksaan FAST (8), dan denyut nadi >100x/menit (1).

* + 1. **Terapi**

Tabel 3.2 Terapi Obat pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Terapi** | **Dosis** | **Jalur** | **Indikasi** |
| 1. | Infus NaCl | 1500/24 jam | IV | Penggantian cairan plasma isotonik yang hilang |
| 2. | Inj. Ketorolac | 3x30 mg | IV | Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasa |
| 3. | Inj. Ceftriaxone | 3x1 gram | IV | Untuk mengatasi adanya masalah infeksi |
| 4. | Inj. Ondancentron | 3x8 mg | IV | Untuk mengobati mual |

Surabaya, 17 Juli 2020

Mahasiswa

Martha Ayu Agustin, S.Kep

NIM. 193.0050

1. **Analisa Data**

Tabel 3.3 Analisa Data pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data** | **Etiologi** | **Problem** |
| 1. | DS: klien mengatakan badannya lemah, mata berkunang-kunang dan mual tapi tidak muntah  DO:   1. N: 120/menit 2. Nadi teraba lemah 3. TD: 100/60 mmHg 4. Turgor kulit turun 5. CRT > 3 detik 6. Hasil laboratorium tanggal 17 Juli 2020  * Hematokrit: 65% * Hemoglobin 8,5 g/dL  1. Pada pemeriksaan FAST didapatkan adanya penumpukan cairan ± 300 ml di *morison pouch, splenorenal space* dan *paravesika space.* 2. Volume urine ± 84 ml 3. *Balance* cairan   *Intake* =  Infus NaCl = 1500 ml/24 jam  Injeksi obat = 150 ml/24 jam  *Output* =  IWL = 1050 ml/24 jam  Urine = 504 ml/24 jam  Kehilangan carian = 300 ml/24 jam  Intake-output = 1650 ml - 1854 ml = - 204 ml/24 jam | Kehilangan Cairan Aktif | Hipovolemia  (SDKI, 2016)  D.0023  Halaman 64 |
| 2. | DS: klien mengatakan nyeri pada perut kanan sampai punggung dan bahu  P: nyeri perut  Q: seperti ditusuk-tusuk | Agens Pencedera Fisik (Trauma Abdomen) | Nyeri Akut  (SDKI, 2016)  D.0077 halaman 172 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Data** | **Etiologi** | **Problem** |
|  | R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 6 (1-10)  T: terus menerus  DO:   1. Terdapat luka lecet di kuadran kanan atas 2. Klien tampak meringis menahan nyeri 3. Klien tampak protektif melindungi nyeri 4. Klien tampak gelisah 5. TD: 100/60 mmHg 6. N: 120x/menit 7. RR: 23x/menit |  |  |
| 3. | DS: Klien mengatakan badannya lemah dan mual tapi tidak muntah  DO:   1. Terdapat luka lecet di kuadran kanan atas 2. Klien tampak pucat 3. Klien tampak lemah 4. Nadi: 120x/menit 5. TD: 100/60 mmHg 6. RR: 23x/menit 7. BATSS dengan interpretasi resiko tinggi mengalami cidera intra abdomen 8. Hasil laboratorium 17 Juli  * Ureum : 29 mg/dl * Albumin : 2,5 g/dl | Peningkatan Tekanan Intraabdomen | Nausea  (SDKI, 2016) D.0076 halaman 170 |

1. **Prioritas Masalah**

Dari analisa data diatas, maka dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan selanjutnya dapat dirumuskan prioritas masalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Prioritas Masalah Hasil Analisa Data Pengkajian pada Tn. M dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf Perawat** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| 1. | Hipovolemia | 17 Juli 2020 |  | martha |
| 2. | Nyeri Akut | 17 Juli 2020 |  | martha |
| 3. | Nausea | 17 Juli 2020 |  | martha |

1. **Intervensi Keperawatan**
2. **Diagnosa Keperawatan 1**

Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (SDKI, 2016) D.0023 halaman 64

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipovolemia berkurang

Kriteria hasil:

SLKI (2018) Status Cairan (L.03028) halaman 107

1. Output urine meningkat 0,5-1 cc/KgBB/jam
2. Kekuatan nadi membaik
3. Turgor kulit meningkat
4. CRT < 3 detik
5. Frekuensi nadi dalam batas normal 60-100x/menit
6. Tekanan darah dalam batas normal 110-120 mmHg
7. Tekanan nadi kuat
8. Hasil lab hemoglobin dalam batas normal 13,2-17,9 g/dL
9. Hasil lab hematokrit dalam batas normal 38,8-50%

Intervensi Keperawatan

SIKI (2018): Manajemen Hipovelemia (I.02068) halaman 184

*Observasi*

1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, volume urine menurun, hematokrit meningkat, lemah)

Rasional: untuk membantu menentukan status kesehatan.

1. Monitor intake dan output cairan

Rasional: untuk memantau keseimbangan cairan dalam tubuh terpenuhi

*Terapeutik*

1. Hitung kebutuhan cairan

Rasional: untuk membantu pemenuhan cairan dalam tubuh

1. Berikan posisi *modified trendelenburg*

Rasional: untuk melancarakan peredaran darah

*Kolaborasi*

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl)

Rasional: cairan tubuh yang hilang harus segera diganti dengan cairan kristaloid untuk mengindari resiko syok

SIKI (2018): Manajemen Syok Hipovelemia (I.02050) halaman 222

*Observasi*

1. Periksa tingkat kesadaran dan respon pupil

Rasional : tingkat kesadaran dan respon pupil yang abnormal menandakan seseorang mengalami kondisi serius bahkan mengancam jiwa dapat merusak otak.

Terapeutik

1. Pertahankan jalan napas paten

Rasional : mengurangi potensi terjadinya obstruksi jalan napas yang dapat menyebabkan distress pernafasan pada pasien.

1. Pasang jalur IV berukuran besar (mis. nomor 14)

Rasional : pemasangan jalur IV berukura besar dapat mempercepat terapi cairan masuk kedalampembuluh darah untuk menganti cairan tubuh yang hilang dan mencegah syok.

1. Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine

Rasional : pemasangan kateter urine dilakukan agar keseimbangan cairan pasien dapat terkontrol.

1. **Diagnosa Keperawatan 2**

Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma Tumpul Abdomen) (SDKI, 2016) D.0077 halaman 17.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri hilang.

Kriteria hasil:

SLKI (2018) :Tingkat Nyeri (L.08066) halaman 145

1. Keluhan nyeri berkurang dengan skala 1-3 (1-10)
2. Klien tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis menahan nyeri
3. Protektif terhadap nyeri berkurang
4. Gelisah hilang
5. Tidak ada mual
6. Frekuensi nadi dalam batas normal 60-100x/menit
7. Tekanan darah dalam batas normal 110-120 mmHg

Rencana Keperawatan:

SIKI (2018): Manajemen Nyeri (I.08238) halaman 201.

*Observasi*

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri.

Rasional: untuk membantu dalam mengevaluasi gejala nyeri.

1. Identifikasi skala nyeri klien.

Rasional: untuk mengetahui intensitas nyeri sebelum dan setelah diberikan intervensi.

1. Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional: untuk mengetahui respon yang ditunjukkan terhadap nyeri

*Terapeutik*

1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi tarik nafas dalam)

Rasional: teknik distraksi relaksasi dapat mengurangi nyeri yang dirasakan klien

*Edukasi*

1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: untuk memberikan pengetahuan kepada klien untuk tetap tenang dan tidak cemas.

*Kolaborasi*

1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgesik

Rasional: untuk menggurangi nyeri secara optimal dengan menggunakan terapi analgesik yang sesuai dengan indikasi

1. **Diagnosa Keperawatan 3**

Nausea Berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intraabdominal (SDKI, 2016) D.0076 halaman 170

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nausea hilang

Kriteria hasil:

SLKI (2018): Tingkat Nausea (L.08065) halaman 144

1. Keluhan mual menurun
2. Tidak pucat
3. Nadi dalam batas normal 60-100x/menit
4. Tekanan darah dalam batas normal 110-120 mmHg
5. Ureum dalam batas normal 7-20 mg/dL
6. Albumin dalam batas normal 3.5-5,9 g/dL

Intervensi Keperawatan

SIKI (2018) Manajemen Mual (L.03117)

*Observasi*

1. Identifikasi dampak dan penyebab mual

Rasional: Untuk memberikan tindakan keperawatan mengatasi mual

1. Monitor mual (Frekuensi dan durasi)

Rasional: untuk mengukur seberapa sering mual terjadi

*Terapeutik*

1. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual

Rasional: mengurangi faktor resiko terjadinya mual

*Edukasi*

1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup

Rasional: istirahat yang cukup dapat mengurangi rasa lelah

*Kolaborasi*

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian antimietik

Rasional: mengatasi dan menghilangkan mual

1. **Implementasi Keperawatan**

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan Hari ke-1 pada Tn. M dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen di IGD

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. DX** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Tindakan** | **TTD** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TTD** |
| 1,2,3  1  1  3  1,2,3  1  1  1  1  2  2  2  2  1,2,3  3  3  3  3  1,2,3  1  1  1  1  1  1  2  3  1,2,3 | Jumat,  17 Juli 2020  19.00  19.05  19.07  19.10  19.15  19.20  19.21  19.30  19.40  19.45  19.46  19.50  19.55  20.00  20.05  20.10  20.20  20.35  21.00  21.20  23.00  24.00  03.00  05.00  05.10  05.30  06.00  07.00 | 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, dan menjelaskan maskud dan tujuan 2. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia, tanda-tanda vital didapatkan:   TD: 100/60 mmHg  Nadi: 120x/menit, teraba lemah  RR: 23x/menit  Suhu 36,7ºC  SPO2: 98%   1. Memeriksa status kesadaran dan reflek pupil pasien (compos mentis dan reflek pupil +/+) 2. Klien dipuasakan 3. Melakukan pemasangan infus untuk pemberian cairan melalui bolus/IV 4. Memberikan terapi cairan NaCl 500 ml/8 jam 5. Melakukan pemasangan kateter urine untuk mengukur haluaran urine. 6. Memposisikan klien pada posisi *modified trendelenburg* 7. Mengkaji turgor kulit dan CRT klien (turgor kulit turun dan CRT > 3 detik) 8. Mengobservasi status nyeri dan karakteristik nyeri:   P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 6 (1-10)  T: terus menerus   1. Menganjurkan klien melakukan teknik distraksi relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan 2. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri 3. Mengidentifikasi respon verbal terhadap nyeri (merintih) 4. Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter sesuai dengan indikasi: injeksi Ketorolac 30mg/IV dan Injeksi Ceftriaxone 1 gram/IV 5. Memonitor mual (hilang timbul, 10 menit sekali) 6. Menghilangkan keadaan penyebab mual (bau-bau yang menyengat) 7. Menganjurkan klien istirahat cukup 8. Memberikan obat kolaborasi dokter Injeksi Ondansentron 8mg/IV 9. Klien MRS, pindah ke ruangan 10. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia, tanda-tanda vital didapatkan:   TD: 100/60 mmHg  Nadi: 110x/menit, teraba lemah  RR: 22x/menit  Suhu 36,7ºC  SPO2: 98%   1. Memonitor produksi urine setiap 4 jam (150 cc/4 jam) 2. Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter sesuai dengan indikasi: injeksi Ketorolac 30mg/IV dan Injeksi Ceftriaxone 1 gram/IV 3. Memonitor produksi urine setiap 4 jam (130 cc/4 jam) 4. Memberikan terapi cairan NaCl 500 ml/8 jam 5. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia, tanda-tanda vital didapatkan:   TD: 100/60 mmHg  Nadi: 110x/menit, teraba lemah  RR: 22x/menit  Suhu 36,7ºC  SPO2: 98%   1. Mengobservasi status nyeri dan karakteristik nyeri:   P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 6 (1-10)  T: terus menerus   1. Monitor mual pasien (hilang timbul, 10 menit sekali) 2. Timbang terima dengan dinas pagi | Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha | Jumat, 17 Juli 2020  Pukul 03.00 | **DX1 Hipovolemia (SDKI D.0023 halaman 64)**  S: klien mengatakan badanya lemah dan mual tapi tidak muntah  O:   * N: 110/menit * Nadi teraba lemah * TD: 100/60 mmHg, * RR: 22x/menit * SPO2: 98% * Turgor kulit turun, * CRT > 3 detik * Penumpukan cairan = 300 ml * IWL = 450 ml/8jam * Urine = 280 ml/8jam * Balance cairan = intake – output = -80 ml/8jam   Intake = infus (500 ml) + injeksi (50 ml) = 550 ml/8 jam  Output = (IWL = 350 ml) + (urine = 280 ml) = 630 ml/8 jam   * Hb: 8,5 g/dL * Hct: 65%   A: masalah hipovolemia belum teratasi  P: lanjutkan intervensi 1,2, 4,5,6,7  **DX2 Nyeri Akut** (SDKI D.0077 halaman 172)  S: klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus  O:   * Terdapat luka lecet pada perut kanan atas * klien tampak meringis menahan rasa nyeri * klien terlihat melindungi perutnya yang sakit dan tampak gelisah * TD: 100/60mmHg, * Nadi: 110x/menit, * RR: 22x/menit, dan * Suhu: 36,7ºC   A: masalah nyeri akut belum teratasi.  P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6  **DX3 Nausea** (D.0076 halaman 170)  S: klien mengatakan mual tapi tidak muntah dan badannya lemah  O:   * Klien tampak pucat * Klien tampak lemah * Klien tampak menahan mual * Nadi: 110x/menit * TD: TD: 100/60mmHg * RR: 22x/menit * Ureum 29 mg/dl * Albumin 2,5 g/dl   A: masalah keperawatan nausea belum teratasi  P: lanjutkan intervensi 2,4,5 | Martha  Martha  Martha |

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan Hari ke-2 pada Tn. M dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen di Ruang Perawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. DX** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Tindakan** | **TTD** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TTD** |
| 1,2,3  1  1  1  1  2  1,2,3  2  2  2  3  3  1  1  1  1  1  1,2,3 | Sabtu,  18 Juli 2020  14.00  14.25  14.30  15.00  15.20  15.40  16.00  16.30  17.00  17.30  17.45  18.00  19.00  19.10  19.30  19.50  20.55  21.00 | 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Mengobservasi tanda dan gejala hipovolemia dengan tanda-tanda vital didapatkan:   TD: 110/60 mmHg  Nadi: 110x/menit, teraba lemah  RR: 22x/menit  Suhu 36,5ºC  SPO2: 98%   1. Memeriksa status kesadaran dan reflek pupil pasien (compos mentis dan reflek pupil +/+) 2. Mengobservasi output urine (120/4jam) 3. Mengatur posisi *modified trendelenburg* pada klien 4. Mengobservasi status nyeri dan karakteristik nyeri:   P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 5 (1-10)  T: terus menerus   1. Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter sesuai dengan indikasi: injeksi Ketorolac 30 mg/IV, injeksi Ondansentron 8 gram/IV, dan Injeksi Ceftriaxone 1 gram/IV 2. Menganjurkan klien melakukan teknik distraksi relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan 3. Mengobservasi respon verbal terhadap nyeri (merintih) 4. Memberikan salep pada luka di perut bagian atas 5. Memonitor mual klien (30 menit sekali), mulutnya terasa asam. 6. Klien berpuasa 7. Memberikan terapi cairan NaCl 500ml/8 jam 8. Mengobservasi haluaran urine 4 jam sekali (130 ml/4 jam) 9. Klien BAB 1x (100 ml) 10. Mengobservasi tanda-tanda vital   TD: 110/70 mmHg  Nadi: 98x/menit, teraba lemah  RR: 22x/menit  Suhu 36,4ºC  SPO2: 98%   1. Mengkaji turgor kulit dan CRT klien (turgor kulit sedang dan CRT > 3 detik) 2. Timbang terima dengan dinas siang | Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha | Sabtu, 18 Juli 2020  Pukul 20.45 | **DX1 Hipovolemia (SDKI D.0023 halaman 64)**  S: klien mengatakan badannya terasa lemah dan mual sudah mulai berkurang  O:   * N: 98/menit * TD: 110/70 mmHg, * RR: 22x/menit * SPO2: 98% * Turgor kulit sedang, * CRT > 3 detik * IWL = 250 ml /8jam * Urine = 250 ml/8 jam * Balance cairan = intake – output= –100 ml/8 jam   Intake = infus (500 ml) + injeksi (50 ml) = 550 ml  Output = (IWL = 250) + BAB (100 ml) + (urine = 250) = 600 ml   * Hb tanggal 17 Juli: 8,5 g/dL * Hct tanggal 17 Juli: 65%   A: masalah hipovolemia teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi 1,2,4,5,6,7  **DX2 Nyeri Akut** (SDKI D.0077 halaman 172)  S: klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, nyeri dirasakan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus  O:   * Terdapat luka lecet pada perut kanan atas * klien tampak sesekali meringis menahan rasa nyeri * klien terlihat melindungi perutnya yang sakit dan tampak masih gelisah * TD: 110/70 mmHg * Nadi: 98x/menit, teraba lemah * RR: 22x/menit * Suhu 36,4ºC   A: masalah nyeri akut teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6  **DX3 Nausea** (D.0076 halaman 170)  S: klien mengatakan badannya lemah dan mual tapi tidak muntah, mulut terasa asam.  O:   * Klien tampak pucat * Klien tampak lemah * Nadi: 98x/menit * TD: 110/70 mmHg * RR: 22x/menit * Ureum 29 mg/dl * Albumin 2,5 g/dl   A: masalah keperawatan nausea belum teratasi  P: lanjutkan intervensi 2,4,5 | Martha  Martha  Martha |

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan Hari ke-3 pada Tn. M dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen di Ruang Perawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. DX** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Tindakan** | **TTD** | **Waktu (Tanggal & Jam)** | **Catatan Perkembangan**  **(SOAP)** | **TTD** |
| 1,2,3  1  1  1  2  3  1  2  2  1,2,3  3  1  1  1  1  2  1,2,3 | Minggu,  19 Juli 2020  14.00  14.30  15.00  15.30  15.45  16.00  16.15  16.20  16.20  16.25  17.00  17.05  19.00  19.10  19.15  20.00  21.00 | 1. Timbang terima dengan dinas pagi 2. Mengobservasi haluaran urine 4 jam sekali (230 cc/4 jam) 3. Mengobservasi tanda-tanda vital:   TD: 110/70 mmHg  Nadi: 97x/menit, teraba lemah  RR: 22x/menit  Suhu 36,8ºC  SPO2: 98%   1. Memeriksa status kesadaran dan reflek pupil pasien (compos mentis dan reflek pupil +/+) 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (Merintih) 3. Mengobservasi frekuensi dan durasi mual (mual sudah jarang) 4. Memberikan klien posisi yang nyaman (*modified trendelenburg*) 5. Mengobservasi status nyeri dan karakteristik nyeri:   P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 4 (1-10)  T: terus menerus   1. Menganjurkan klien melakukan teknik distraksi relaksasi tarik napas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan 2. Memberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter sesuai dengan indikasi: injeksi Ketorolac 30mg/IV, injeksi Ondansentron 8 gram/IV, dan Injeksi Ceftriaxone 1 gram/IV 3. Klien berpuasa 4. Mengkaji turgor kulit dan CRT klien (turgor kulit sedang dan CRT < 3 detik) 5. Memberikan terapi cairan NaCl 500 ml/8jam 6. Mengobservasi haluaran urine 4 jam sekali (200 cc/4 jam) 7. Mengobservasi tanda-tanda vital   TD: 110/80 mmHg  Nadi: 98x/menit,  RR: 22x/menit  Suhu 36,8ºC  SPO2: 98%   1. Mengobservasi status nyeri dan karakteristik nyeri:   P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen  Q: seperti ditusuk-tusuk  R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu  S: 3 (1-10)  T: terus menerus   1. Timbang terima dengan dinas malam | Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha  Martha | Minggu, 18 Juli 2020  Pukul 20.20 | **DX1 Hipovolemia (SDKI D.0023 halaman 64)**  S: klien mengatakan badannya masih lemah  O:   * N: 98/menit * TD: 110/80 mmHg, * RR: 22x/menit * SPO2: 98% * Turgor kulit sedang, * CRT < 3 detik * IWL = 250 ml/8 jam * Urine = 430 ml/8 jam * Balance cairan = intake – output = -30 ml/8 jam   Intake = infus (550 ml) + injeksi (50 ml) = 650 ml/8 jam  Output = (IWL = 250) + (urine = 430) = 680 ml /8 jam   * Hb tanggal 17 Juli: 8,5 g/dL * Hct tanggal 17 Juli: 65%   A: masalah hipovolemi teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi 1,2,4,5,6,7  **DX2 Nyeri Akut** (SDKI D.0077 halaman 172)  S: klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, nyeri dirasakan sudah mulai berkurang dengan skala nyeri 3 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus  O:   * Terdapat luka lecet pada perut kanan atas * klien tampak sesekali meringis menahan rasa nyeri * klien terlihat melindungi perutnya yang sakit * klien tidak gelisah * TD: 110/80 mmHg * Nadi: 98x/menit, * RR: 22x/menit * Suhu 36,8ºC   A: masalah nyeri akut teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6  **DX3 Nausea** (D.0076 halaman 170)  S: klien mengatakan badannya lemah dan mual jarang  O:   * Klien tampak lemah * Nadi: 98x/menit * TD: 110/80 mmHg * RR: 22x/menit * Ureum 29 mg/dl * Albumin 2,5 g/dl   A: masalah keperawatan nausea teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi 2,4,5 | Martha  Martha  Martha |

# **BAB 4**

# **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 17-19 Juli 2020. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. M dengan melakukan anamnesa kepada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

1. **Data Dasar**

Data yang didapatkan, Tn. M berjenis kelamin laki-laki, berusia 26 tahun dengan diagnose medis Trauma Tumpul Abdomen. Trauma tumpul abdomen merupakan trauma yang mengenai abdomen yang disebabkan oleh trauma dengan energi yang tinggi. Mekanisme terjadinya trauma sangat penting diketahui untuk menilai besarnya energi trauma yang mengenai klien (Barokah, 2010). Sebagian besar kasus trauma tumpul abdomen disebabkan oleh kecelakan lalu lintas (Wiargitha, 2017). Laki laki lebih beresiko 7 kali mengalami trauma tumpul abdomen dibandingkan dengan perempuan (Panchal & Ramanuj, 2016). Dan lebih sering ditemui pada kelompok usia 21-40 tahun. Hal ini dikarenakan kelompok usia 21-50 tahun merupakan kelompok usia produktif dengan kasus trauma abdomen (Liani & Putra, 2019).

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan Utama

Data saat pengkajian, didapatkan Tn. M mengeluh nyeri perut sebelah kanan atas sampai punggung dan bahu disertai rasa mual tapi tidak muntah. Pada trauma tumpul abdomen, cedera organ intra abdomen yang didapatakan umumnya merupakan organ solid terutama hati dan limpa dimana kedua organ ini dapat menyebabkan perdarahan intra abdomen. Hati menempati hampir seluruh regio *hypochondrica dextra*, sebagian di epigastrium dan seringkali meluas sampai ke regio hypochondrica sinistra. Selain hati, organ lain yang berada pada *hypochondrica dextra* yaitu empedu (Wiargitha, 2017). Hal ini berkaitan dengan nyeri perut kanan atas sampai punggung dan bahu disertai mual yang menandakan adanya cedera pada organ intra abdomen yang dapat disebabkan oleh adanya cedera pada hati. (Wiargitha, 2017).

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Saat pengkajian didapatkan klien mengeluh nyeri perut kanan atas sampai punggung dan bahu, mual, lemah dan mata berkunang-kunang. Region abdomen dibagi menjadi 9 yang salah satunya adalah *hypochondrica dextra* yang meliputi organ: hepar dan kantung empedu (Pansky & Gest, 2013). Hal ini dapat membuktikan bahwa adanya cedera pada hepar dan kantung empedu akibat dari kecelakan lalu lintas yang dapat menimbulkan nyeri pada perut kanan atas hingga ke punggung, lemas, dan mual. Nyeri pada ujung bahu mungkin dapat menimbulkan kecurigaan adanya iritasi pada diafragma (Maholtra, 2002 dalam Wiargitha, 2017). Trauma tumpul abdomen terjadi karena trauma, infeksi dan obstruksi (Wulandari, 2007). Penulis berasumsi bahwa nyeri yang timbul karena adanya benturan keras pada organ intra abdomen sehingga terjadi peningkatan tekanan intra abdomen yang dapat menyebabkan obstruksi, lambung terdesak hingga aliran darah tidak lancar membuat klien lemas dan merasa mual. Hal ini berkaitan dengan tanda-tanda iritasi peritoneum akibat peritonitis biliar dari kebocoraan saluran empedu yaitu nyeri dan adanya rigiditas abdomen, juga disertai mual dan muntah (Wiargitha, 2017).

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Saat pengkajian didapatkan bahwa klien tidak pernah menderita penyakit serius sejak kecil.

1. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memliki riwayat alergi obat, makanan atau minuman.

1. **Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa di pergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang actual maupun yang masih resiko. Adapun pemeriksaan dilakukan berdasarkan persistem seperti dibawah ini:

1. B1 *Airway* & *Breating*

Pada saat pertama kali klien masuk IGD, tidak didapatkan adanya peningkatan pernapasan, pasien tidak sesak, respirasi 23x/menit, tidak ada suara napas tambahan, tidak didapatkan retraksi dada sehingga pada sistem pernapasan tidak didapatkan masalah yang signifikan untuk diangkat sebagai masalah keperawatan. Kondisi ini disebabkan karena tidak adanya pengaruh pada trauma yang dialami klien dengan sistem respirasi. Berbeda dengan pendapat Kamayani (2017) yang menyebutkan bahwa adanya gangguan pada sistem respirasi pada kasus trauma tumpul abdomen.

1. B2 *Circulation*

Pada circuation klien tidak didapatkan kelainan pada bunyi jantung. Bunyi jantung S1 S2 tunggal. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan klien hipotensi dengan tekanan darah 100/60 mmHg, nadi takikardi 120/menit, RR 23x/menit, Suhu 36,7ºC, dan SPO2: 98%. Konjungtiva anemis, pengisian kapiler > 3 detik, akral teraba hangat kering merah, turgor kulit turun. Berdasarkan data yang didapat, pasien mengalami hipovolemi yang disebabkan adanya kehilangan cairan aktif.

Hipovolemi yang tidak ditangai dengan tepat dan segera dapat mengakibatkan syok hipovolemi (Dewi & Rahayu, 2010). Hal ini sependapat dengan Hardisman (2013) yang mengungkapkan bahwa syok hipovolemi merupakan syok yang terjadi akibat berkurangnya volume plasma di intravaskuler. Syok hipovolemik dapat terjadi akibat perdarahan hebat, dan trauma yang menyebabkan perpindahan cairan (ekstravasasi) ke ruang tubuh non fungsional (Hardisman, 2013). Perdarahan hebat dapat disebabkan oleh berbagai trauma pada organ-organ tubuh atau fraktur (Dewi & Rahayu, 2010). Sebuah penelitian menyebutkan bahwa hipotensi diidentifikasi sebagai penanda adanya cedera intra-abdomen pada pasien trauma tumpul (Farrath, Parreira, Solda, & Assef, 2012). Hal ini terlihat dengan gambaran klinis klien yang mengalami trauma akibat dari kecelakaan lalu lintas yang menyebabkan benturan keras pada abdomen yang menimbulkan terjadinya peningkatan tekanan intra abdomen sehingga sirkulasi terganggu serta tidak adekuatnya transport oksigen ke jaringan atau perfusi yang disebabkan oleh gangguan hemodinamik (Kamayani, 2017). Gangguan hemodinamik dapat disebabkan oleh penurunan volume plasma intravaskuler yang ditandai dengan penumpukan cairan ± 300 ml pada *morison pouch*, splenorenal *space* dan paravesika *space* yang diidentifikasi menjadi penyebab terjadinya hipovolemi pada klien.

1. B3 Brain / *Disability*

Pada kasus Tn. M, kesadaran composmentis dnegna GCS 4-5-6. Klien dapat mencium aroma dan dapat menyebutkan aroma yang dihirup, klien tidak minus dan dapat menggerakkan bola mata dengan sangat baik, luas lapang pandang mata klien normal, klien dapat membaca dengan pencahayaan ruangan cukup. Wajah klien terlihat menahan sakit dan bagian wajah yang lain tidak ada perubahan fungsi dan bentuk, wajah simetris tidak ada lesi dan edema, tidak ada deformitas pada hidung, tidak ada lesi dan nyeri tekan pada hidung. Fungsi pendengaran klien baik. Tidak ada pembesaran tonsil, gusi tidak terjadi perdarahan, mukosa mulut kering dan tidak pucat.

Pada kasus Tn. M tidak didapatkan gangguan pada sistem persarafan sesuai dengan pendapat Guyton (2008) yang menyebutkan bahwa penurunan kesadaran terjadi apabila klien mengalami syok hipovolemik dan terjadi kehilanngan cairan lebih dari 40%. Rostas, *et al*. (2015) menyebutkian bahwa GCS < 14 sebagai salah satu faktor yang memprediksi adanya cedera intra abdomen pada pasien trauma tumpul abdomen. Penurunan kesadaran yang diukur melalui GCS disebabkan oleh faktor intrakranial dan ekstrakranial. Faktor ekstrakranial yang paling sering sebagai penyebab penurunan kesadaran adalah syok hipovolemik karena perdarahan. Hal ini berkaitan dengan kasus bahwa GCS klien 4-5-6 dan tidak mengalami penurunan kesadaran. Hal ini terkait dengan gangguan pada sistem persarafan atau pasien tidak sadar dapat disebabkan oleh trauma abdomen yang disertai dengan trauma kepala. Pada penelitian Adelgais *et al*. (2014), menyatakan sensitivitas nyeri abdomen dan nyeri tekan abdomen akan menurun apabila didapatkan penurunan kesadaran.

1. B4 Bladder / *Urineary*

Pada pemeriksaan urineary, klien terpasang keteter urine hari ke-1 no. 16 dengan viksasi 15 cc, produksi urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada hematuria. *Balance* cairan *Intake* = Infus NaCl = 1500 ml/24 jam, Injeksi obat = 150 ml/24 jam. *Output* = IWL = 1050 ml/24 jam, Urine = 504 ml/24 jam, Kehilangan carian = 300 ml/24 jam, Intake-output = 1650 ml - 1854 ml = - 204 ml/ 24 jam. Produksi urine 21 ml/jam atau 504 ml/24 jam, hal ini sesuai dengan perjalanan klinis hipovolemi yaitu seiring dengan jumlah kehilangan cairan terlihat bahwa penurunan pengisian kapiler, tekanan darah dan produksi urine lebih dulu terjadi dari pada penurunan tekanan darah sistolik (Hardisman, 2013). Pada klien didapatkan bahwa produksi urine menurun. Penurunan urine ini disebabkan oleh masalah hipovolemia. Ketika terjadi peningkatan tekanan intra abdomen maka perfusi ke ginjal dan abdomen visera yang lain akan terganggu. Penurunan fungsi ginjal dan penurunan perfusi ke ginjal karena penurunan *cardiac index* yang disebabkan oleh gangguan hemodinamik (Kamayani, 2017).

1. B5 Bowel

Klien mengalami nyeri pada perut, mual tapi tidak muntah. Belum ada tanda-tanda perut cembung, terdapat luka lecet pada region abdomen kuadran kanan atas. Hasil laboratorium tanggal 17 Juli didapatkan ureum 29 mg/dL dan albumin 2,5 g/dL. Terdapat penumpukan cairan ± 300 ml pada *morison pouch*, splenorenal *space* dan paravesika *space* pada pemeriksaan FAST. Pengkajian nyeri pada klien didapatkan, P : klien mengatakan nyeri perut, Q : terasa seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri perut sebelah kanan atas sampai punggung dan bahu, S : dengan skala 6 (1-10), T : konsistensi terus menerus. Sesuai dengan gambaran klinis klien, nyeri seluruh abdomen baik dengan palpasi atau tidak, dapat disebabkan adanya akumulasi cairan di intra abdomen yang menimbulkan iritasi pada peritoneum (pembungkus abdomen). Hal ini berakibat timbulnya nyeri pada setiap pergerakan dinding abdomen (Sander, 2013). Skor pada *Blunt Abdominal Trauma Score System* (BATSS) didapatkan skor 14 yaitu resiko tinggi, hal ini berkaitan dengan penelitian Karjosukarso et al. (2019), sistem skor pada BATSS dapat digunakan sebagai skrining awal untuk mencurigai adanya cidera organ intra abdomen dan dapat menjadi dasar terjadinya peningkatan tekanan intra abdominal pada penderita yang mengalami trauma tumpul abdomen.

Peningkatan tekanan intra abdomen yang ditandai dengan gangguan hemodinamik mengakibatkan penurunan fungsi ginjal dan penurunan perfusi ginjal. Penurunan perfusi darah ke ginjal mengakibatkan gangguan filtrasi glomerulus sehingga gagal menyaring dan membuaang ureum. Apabila terjadi penumpukkan didalam darah maka akan menimbulkan berbagai gangguan pada sistem pencenaan seperti mual dan muntah (Kamayani, 2017). Hal ini sesuai dengan gambaran klinis klien dimana terdapat keluhan mual tapi tidak muntah dan terjadi peningkatan jumlah ureum 29 mg/dL.

1. B6 Bone

Pada kasus Tn. M, didapatkan kekuatan otot dan gerakan klien terbatas karena menahan nyeri pada perut. Menurut Kamayani (2017) bahwa trauma adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami cedera karena salah satu sebab, penyebab utama trauma adalah kecelakaan lalu lintas. Trauma tumpul menghasilkan spektrum cedera yang luas, mulai dari cedera minor, sistem tunggal sampai pada multi-sistem trauma (Liani & Putra, 2019). Pada kasus tidak ada data yang menunjukkan adanya gangguan pada sistem muskuloskeletal akibat dari trauma tumpul abdomen seperti fraktur.

1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pada pemeriksaan penunjang Tn. M, didapatkan hasil sebagai berikut:

Gambar 4.1 Pemeriksaan Penunjang Tn. M dengan Diagnosa Medis Trauma Tumpul Abdomen di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tanggal | Pemeriksaan | Hasil |
| 17 Juli 2020 | Hemoglobin  Leukosit  Hematokrit  Ureum  Kreatinin  Trombosit  SGOT  SGPT  GDA  Albumin | 8,5 g/dL (13,2-17,9 g/dL)  11.500/mm3 (3.500-10.500/mm3)  65% (38,8-50%)  29 mg/dL (7-20 mg/dL)  1.00 mg/dL (0,6-1,2 mg/dL)  370 mcL (150-400 mcL)  24 U/I (5-40 U/I)  30 U/I (7-56 U/I)  120 mg/dL (< 200 mg/dL)  2,5 g/dL (3.5-5,9 g/dL) |
| 17 Juli 2020 | Pemeriksaan FAST | Terdapat fluid collection (penumpukkan cairan) ± 300 ml di *morison pouch*, splenorenal *space* dan paravesika *space.* |
| 17 Juli 2020 | BATSS | Skor 14 dengan interpretasi resiko tinggi mengalami cedera organ intra abdomen pada traum tumpul abdomen. |

Menurut Wiargitha (2017) pemeriksaan penunjang yang dilakukan dalam manajemen pasien trauma adalah sebagai berikut:

1. *Complete Blood Count (CBC)* merupakan pemeriksaan lab sederhana yang cepat bisa dilakukan, meliputi komponen hemoglobin, hematokrit dan platelet. Pemeriksaan Hemoglobin (Hb) diperlukan untuk data dasar bila terjadi perdarahan terus menerus, demikian pula dengan pemeriksaan hematokrit (Hct).
2. Ultrasonografi (USG) FAST (Offner, 2017)

*Focused Assessment with Sonography for Trauma* (FAST) meliputi pencarian cairan atau darah bebas di empat daerah dasar.

1. Subxiphoid atau parasternal untuk mendeteksi cairan di pericardial (tamponade jantung),
2. Kuadran kanan atas untuk melihat antar muka hepar dan ginjal kanan (*morison’s pouch*) dan dada kanan,
3. Kuadran kiri atas untuk melihat antar muka limpa dengan ginjal kiri serta melihat dada kiri,
4. Suprapubik transversal atau longitudinal pelvis untuk melihat cairan bebas disekitar kantung kencing.

Kasus Tn.M terdapat hasil yang abnormal pada pemeriksaan laboratorium yaitu penurunan hemoglobin, peningkatan hematokrit, peningkatan jumlah leukosit, penurunan albumin dan peningkatan ureum. Hal ini sesuai dengan gambaran klinis kien bahwa leukosit merupakan suatu penanda yang sensitif terhadap perubahan metabolisme yang terjadi pada saat cedera. Peningkatan leukosit dapat digunakan untuk menentukan adanya trauma tambahan pada trauma abdomen (Wiargitha, 2017). Hemoglobin dan Hematokrit yang cenderung menurun saat diperiksa lebih dari satu kali, menandakan kemungkinan adanya proses perdarahan intra abdomen yang sedang berlangsung (Wiargitha, 2017). Hal ini tidak sesuai dengan nilai hematokit yang meningkat pada kasus Tn. M, namun peningkatan nilai hematokrit berkaitan dengan tanda mayor masalah keperawatan hipovolemi (SDKI, 2016). Hasil ureum 29 mg/dL, hal ini berkaitan dengan jumlah ureum yang meningkat menandakan adanya kegagalan ginjal dalam melakukan fungsi filtrasinya (Kamayani, 2017).

Pada pemeriksaan penunjang USG FAST didapatkan hasil penumpukan cairan ± 300 ml pada *morison pouch, splenorenal space* dan *paravesika space*. *Morison pouch* ini terletak pada kuadran kanan atas ruang antara hepar dan ginjal kanan. *Splenorenal space* ini terletak pada kuadran kiri atas ruang antar limpa dan ginjal.

* 1. **Diagnose Keperawatan**

Diagnose keperawatan yang mucul pada Tn. M dengan diagnosa medis trauma tumpul abdomen yaitu hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen) dan nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen..

1. Hipovolemi Berbuhungan dengan Kehilangan Cairan Aktif

Pada pengkajian didapatkan data klien mengatakan badannya lemah, mata berkunang-kunang dan mual tapi tidak muntah. Dengan faktor resiko, Nadi 120/menit teraba lemah, TD: 100/60 mmHg, turgor kulit turun, CRT > 3 detik. Hasil laboratorium tanggal 17 Juli 2020 didapatkan hasil hematokrit: 65% hemoglobin 8,5 g/dL dan albumin 2,5 g/dL. Pemeriksaan FAST didapatkan adanya penumpukan cairan ± 300 ml di morison *pouch*, splenorenal *space* dan paravesika *space.*

Secara umum, dalam keadaan volume intravaskuler yang berkurang, tubuh berusaha untuk mempertahankan perfusi organ-organ vital seperti jantung dan otak dengan mengorbankan perfusi organ lain seperti ginjal, hati dan kulit (Hidayatulloh, Supriyadi, & Sriningsih, 2017). Hipovolemik disebabkan oleh penurunan volume cairan yang menimbulkan gejala peningkatan frekuensi jantung dan nadi (takikardi), pengisian nadi lemah, kulit dingin dengan turgor menurun serta pengisian kapiler lambat (Dewi & Rahayu, 2010). Penurunan tekanan darah sistolik lebih lambat terjadi karena adanya mekanisme kompensasi tubuh terhadap terjadinya hipovolemia. Pada awal-awal terjadinya kehilangan darah, terjadi respon sistem saraf simpatis yang mengakibatkan peningkatan kontraktilitas dan frekuensi jantung. Dengan demikian, pada tahap awal tekanan darah sistolik dapat dipertahankan. Namun, kompensasi yang terjadi tidak banyak pada pembuluh perifer sehingga terjadi penurunan diastolik dan penurunan tekanan nadi (Wiargitha, 2017). Hal ini berkaitan dengan pemeriksaan klinis yang seksama sangat penting dilakukan karena pemeriksaan yang hanya berdasarkan pada perubahan tekanan darah sistolik dan frekuensi nadi dapat menyebabkan kesalahan atau keterlambatan diagnosa dan penatalaksanaan (Hidayatulloh et al., 2017).

Kasus trauma tumpul abdomen dapat menyebabkan perdarahan intra abdomen, banyaknya darah akibat trauma pada hati akan diikuti dengan penurunan kadar hemoglobin dan hematokrit. Ditemukan leukositosis lebih dari 15.000/ul, biasanya setelah ruptur hati akibat trauma tumpul (Garcia et al., 2010). Peningkatan kadar hematokrit disebabkan adanya penurunan volume plasma darah yang dapat menimbulkan terjadinya syok hipovolemik dan kegagalan sirkulasi (Meilanie, 2019). Hal ini sesuai dengan gambaran klinis pada kasus klien ditemukan penurunan kadar hemoglobin 8,5 g/dL, peningkatan kadar hematokrit 65% dan sedikit mengalami peningkatan leukosit 11.500/mm3 serta terjadi penuruan albumin 2,5 g/dL. Penurunan albumin dalam sirkulasi dapat menyebabkan pergeseran cairan dari intravaskuler ke ruang ekstravaskuler (Herlina, 2014).

Data yang didapatkan pada Tn. M mata berkunang-kunang dan mual tapi tidak muntah, serta otot perut terasa tegang, hal ini sesuai dengan pendapat Suhayat, (2014) yang menyebutkan trauma dapat menyebabkan kecemasan pada penderitanya, tanda-tanda kecemasan seperti jantung berdebar, penglihatan berkunang-kunang, sakit kepala, sulit bernapas, perasaan mual, otot lebih terasa tegang, dan tidak mampu melakukan apa-apa. Hipovolemia yang tidak ditangai dengan cepat pada kasus klien dapat menyebabkan hemodinamik tidak stabil yang akan menimbulkan masalah penurunan curah jantung karena tidak adekuatnya transport oksigen keseluruh tubuh ditandai dengan penurunan hemoglobin (Dewi & Rahayu, 2010). Berdasarkan penjabaran tersebut, masalah hipovolemia menjadi prioritas pertama dalam kasus ini dan sangat penting memantau status hemodinamik klien untuk mengetahui kondisi umum klien, mengobservasi urine output dan juga pemeriksaan penunjang seperti hasil laboratorium serta pemeriksaan CT-Scan Abdomen untuk memantau keparahan kasus klien.

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma Abdomen)

Hasil pengkajian klien mengatakan nyeri pada perut kanan sampai punggung dan bahu dan mual tapi tidak muntah. Terdapat luka lecet pada perut kuadran kanan atas dengan pengkajian nyeri didapatkan P: nyeri perut, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu, S: 6 (1-10) dan T: terus menerus. Klien tampak meringis menahan nyeri, tampak protektif melindungi nyeri dan gelisah dengan TD: 100/60 mmHg, N: 120x/menit, dan RR: 23x/menit. Pemeriksaan FAST menyebutkan adanya penumpukan cairan ± 300 ml di morison *pouch*, splenorenal *space* dan paravesika *space.*

Anamnesis yang sering ditemui pada pasien trauma tumpul abdomen berupa nyeri perut, nyeri tekan pada abdomen perdarahan gastrointestinal, tanda hipovolemik, dan tanda-tanda peritonitis (Liani & Putra, 2019). Hal ini berkaitan dengan gambaran klinis klien yang menyebutkan adanya luka lecet pada kuadran kanan atas yang mengidentifikasi adanya peningkatan tekanan intra abdomen. Hasil pemeriksaan yang abnormal dapat memberikan gambaran adanya kompensasi tubuh terhadap resiko trauma dan rasa nyeri yang sangat hebat (Bahrudin, 2017). Hal ini sesuai dengan data yang ditemukan adanya nyeri dengan skala 6 (sedang). Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang sangat tidak menyenangkan yang terokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah distruktif dimana jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas, terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Afroh, Judha, & Sudarti, 2012).

Kasus Tn. M didapatkan nadi 120x/menit, terdapat nyeri lepas dan luka lecet pada perut kuadran atas, hal ini bekaitan dengan sebuah penelian yang menyebutkan bahwa pada pasien trauma tumpul abdomen, nyeri perut disertai dengan takikardi, nyeri lepas, distensi abdomen, defans muscular, adanya laserasi abdomen, ekimosis merupakan prediktif dalam mengidentfikasi cedera intra abdomen (Wiargitha, 2017). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (Hutahaean, Febriana, & Apifah, 2019). Hal ini karena pasien memfokuskan semua perhatiannya pada nyeri yang dirasakan (Barokah, 2010). Sesuai dengan kasus klien, maka nyeri akut ditempatkan pada prioritas masalah kedua dikarenakan jika nyeri akut tidak terkontrol dapat menyebabkan proses rehabilitasi pasien tertunda dan hospitalisasi menjadi lebih lama.

1. Nausea Berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intraabdomen

Pada hasil pengkajian didapatkan data, badan klien lemah dan mual tapi tidak muntah. Terjadi peningkatan nadi 120x/menit dan kulit klien pucat, ada luka lecet pada perut kuadran kanan atas. TD: 100/60 mmHg, RR: 23x/menit, hasil skor BATSS didapatkan skor 14 dengan interpretasi resiko tinggi mengalami cidera intra abdomen dan terdapat peningkatan ureum sebanyak 29 mg/dL dan penurunan kadar albumin 2,5 g/dL.

Peningkatan tekanan intra abdomen akibat dari trauma tumpul abdomen menimbulkan gangguan sirkulasi sehingga transport oksigen ke jaringan dan ke perifer terganggu dan dapat memicu penurunan filtrasi glomerulus (Kamayani, 2017). Umumnya ginjal berfungsi untuk menyaring dan membuang ureum. Kadar ureum yang tinggi dalam darah dapat menimbulkan perasaan mual dan muntah (Rokhmah, Purnamasari, & Saryono, 2017). Hal ini terkait dengan gambaran klinis klien yaitu keluhan mual tapi tidak muntah dan ada peningkatan kadar ureum sebanyak 29 mg/dL. Ureum merupakan hasil sisa metabolisme dari protein, apabila menumpuk didalam darah maka akan menimbulkan berbagai gangguan pada tubuh seperti mual, muntah, letih bahkan gangguan kesadaran (Herlina, 2014). Mual juga dapat dikarenakan iritasi peritoneum yang menyababkan bocornya enzim pankreas ke peritoneum saat terjadi pankreatitis atau keluarnya asam empedu akibat trauma pada duktus biliaris (Kamayani, 2017). Klien juga mengalami penurunan kadar albumin atau hipoalbuminemia, mual dan peningkatan tekanan intra abdomen ditandai dengan luka lecet akibat trauma tumpul abdomen. Hal ini berkaitan dengan hipoalbuminemia dapat disebabkan oleh kondisi nutrisi pasien yang tidak adekuat dan proses inflamasi pada trauma tumpul abdomen (Herlina, 2014). Nausea menjadi prioritas masalah ketiga dikarenakan jika tidak segera diatasi akan membuat ketidaknyamanan pada klien, nausea dapat meningkatkan nyeri pada perut karena gerakan refleks dan dapat menyebabkan tubuh menjadi lemas hingga kehilangan kesadaran.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan untuk mengetahui masalah Tn. M dengan Trauma Tumpul Abdomen:

1. Hipovolemia Berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif

Intervensi keperawatan disusun oleh penulis dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tanda-tanda hipovolemi berkurang, dengan kriteria hasil: Kekuatan nadi membaik, output urine meningkat 0,5-1 cc/KgBB/jam, turgor kulit meningkat, CRT < 3 detik, frekuensi nadi dalam batas normal 60-100x/menit, tekanan darah dalam batas normal 110-120 mmHg, tekanan nadi kuat. Hasil lab hemoglobin dalam batas normal 13,2-17,9 g/dL dan hematokrit dalam batas normal 38,8-50% (SLKI, 2018).

Penulis memberi intervensi sebagai berikut: periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi, kekuatan nadi, tekanan darah, turgor kulit, CRT, volume urine, hasil hematokrit, lemah), observasi kesadaran dan reflek pupil pasien, pantau kepatenan jalan napas, pasang IV line berukuran besar, pasang kateter urine, monitor intake dan output cairan (setiap 4 jam), hitung kebutuhan cairan klien, berikan posisi *modified trendelenburg*, periksa kesadaran dan reflek pupil, pantau kepatenan jalan napas, pasangan IV line berukuran besar, pasang kateter urine untuk mengetahui pengeluaran urine, dan kolaborasi dengan dokter pemberian cairan IV isotonis (NaCl) (SIKI, 2018).

Peningkatan hematokrit yang disebabkan oleh penurunan volume plasma darah dapat segera dilakukan pemberian cairan intravena atau infus yang bertujuan untuk mengembalikan volume cairan intravaskuler menjadi normal sehingga tidak menimbulkan terjadinya syok hipovolemik (Meilanie, 2019). Pemberian resusitasi cairan dengan jenis dan jumlah yang tepat dan cepat diharapkan dapat meningkatkan status sirkulasi. Terapi cairan dapat meningkatkan *cardiac output* yang merupakan bagian penting dalam penanganan hipovolemik (Finfer, Vincent, Jean-Louis, & De Backer, 2013). Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan bahwa resusitasi cairan berpengaruh terhadap perubahan status hemodinamik dan status mental. Resusitasi cairan memiliki kontribusi yang sangat penting untuk meningkatkan status hemodinamik dan status mental pasien yang mengalami hipovolemia (Hidayatulloh et al., 2017).

Posisi trendelenburg digunakan pada perawatan awal sambil menunggu resusitasi cairan (Greets, Bergh, Stijnen, Aarts, & Jansen, 2012). Pemberian posisi *modified trendelenburg* dengan kepala dan dada yang berada pada tingkat yang lebih rendah dari abdomen dan meninggikan tungkai pasien sekitar 20º selama 3 menit, tujuannya yaitu untuk meningkatkan arus balik vena dan meningkatkan output jantung sehingga dapat menstabilkan pasien syok hipovolemik (Dewi & Rahayu, 2010).

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma Abdomen)

Intervensi keperawatan disusun oleh penulis dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan nyeri akut dapat berkuang, dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang dengan skala 1-3 (1-10), klien tidak menunjukkan ekspresi wajah meringis menahan nyeri, protektif terhadap nyeri berkurang, gelisah hilang, tidak ada mual, frekuensi nadi dalam batas normal 60-100x/menit, tekanan darah dalam batas normal 110-120 mmHg (SLKI, 2018).

Penulis memberikan intervensi sebagai berikut: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. Identifikasi skala nyeri klien, identifikasi respons nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi tarik nafas dalam), jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgesik (injeksi ketorolac 3x30 mg/IV) (SIKI, 2018).

Intervensi utama pada kasus yaitu kolaborasi dengan dokter pemberian terapi analgesik injeksi ketorolac tromethamine yang merupakan obat golongan OAINS yang digunakan untuk terapi nyeri ringan hingga sedang (Shankariah, Mishra, & Kamath, 2012). Ketorolac menghambat biosintesis prostaglandin, kerjanya menghambat enzim siklooksigenase, ketorolac memberikan efek antiinflamasi dengan menghambat pelekatan granulosit pada pembuluh darah yang rusak, menstabilkan membran lisosom dan menghambat migrasi leukosit ke tempat peradangan (Hardman & Limbird, 2012). Analgesik menjadi obat pilihan utama untuk meminimalisisr nyeri yang dirasakan pasien (Carris, Smith, & Gums, 2016). Durasi penggunaan maksimum baik oral maupun injeksi adalah 5 hari untuk mencegah terjadinya nyeri abdomen dan ulserasi (Alfiah, 2018).

Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi nafas dalam merupakan bentuk asuhan keperawatan mandiri perawat dengan mengajarkan kepada pasien bagaimana cara melakukan nafas dalam yaitu nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Yusrizal, Zamzahar, & Anas, 2012). Teknik relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opoid endogen yaitu endorphin dan enkafalin. Hormon endorphin merupakan substansi sejenin morfin yang berfungsi sebagai penghambat transmisi impuls nyeri ke otak. Sehingga pada saat neuron nyeri mengirimkan sinyal ke otak, terjadi sinapsis antara neuron perifer dan neuron yang menuju otak tempat seharusnya substansi *p* akan menghasilkan impuls. Pada saat tersebut endorphin akan memblokir lepasnya substansi *p* dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang (Aini & Reskita, 2018).

1. Nausea Berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intraabdomen

Intervensi keperawatan disusun oleh penulis dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nausea berkurang dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, klien tidak pucat, nadi dalam batas normal 60-100x/menit (SLKI, 2018).

Penulis memberikan intervensi sebagai berikut: identifikasi dampak dan penyebab mual, monitor mual (frekuensi dan durasi), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan kolaborasi dengan dokter pemberian antimietik (injeksi ondansetron 3x8mg/IV) (SIKI, 2018).

Pemberian obat kolaborasi dengan dokter antimietik ondansetron merupakan intervensi utama untuk mengurangi mual pasien. Ondansetron termasuk obat antagois serotonin 5-HT3, yang bekerja dengan menghambat secara selektif serotonin 5-*hydroxytriptamine* (5HT3) berkaitan pada reseptornya yang ada di CTZ (*chemoreseceptor trigger zone*) pada saluran cerna (Efendy, 2016). Serotonin merupakan zat yang akan dilepaskan jika terdapat toksin dalam saluran cerna, serotonin berkaitan dengan reseptornya dan akan merangsang saraf vagus menyampaikan rangsangan ke CTZ dan pusat muntah kemudian terjadi mual dan muntah (Wijayanti & Nuraeni, 2014).

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan rencana keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan Tn. M yang sebenarnya.

1. Hipovolemia Berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif

Pada kasus Tn. M tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengobservasi tanda dan gejala hipovolemia seperti frekuensi nadi, kekuatan nadi, tekanan darah, turgor kulit, CRT, volume urine, hasil hematokrit, dan lemah. Mengobservasi kesadaran pasien dan reflek pupil, mengobservasi kepatenan jalan napas pasien. Selanjutnya memonitor intake dan output cairan (setiap 4 jam), menghitung kebutuhan cairan klien, membantu memberikan posisi yang nyaman *modified trendelenburg*, memasang IV line berukuran besar, memasang kateter urine untuk mengukur output urine pasien, dan berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan IV isotonis (NaCl).

Berdasarkan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya, terdapat 10 implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. M. Mengobservasi kesadaran dan reflek pupil dan mengobservasi kepatenan jalan napas pasien, berdasarkan jurnal penurunan O2  dapat menimbulkan perfusi jaringan memburuk dan mengakibatkan metabolisme anaerob dan dapat berdampak pada kerusakan sel. Pelepasan mediator oleh magrofag menyebabkan vasodilatasi arteriol dan permeabilitas kapiler meningkat, sehingga menurunkan *venous return* dan *preload* yang berdampak pada penurunan *cardiac output.* Oleh sebab itu, mengobservasi tanda-tanda vital dilakukan untuk mengetahui status kesehatan pasien dan untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya.Gejala pada syok hipovolemik antara lain takikardi, tekanan darah sangat rendah, perfusi perifer buruk, oliguria, dan kesadaran menurun yang dapat diukur oleh GCS (Hardisman, 2013). Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami takikardia dan penurunan darah sert perfusi perifer yang buruk, namun kesadaran umum dan GCS dalam keadaan baik.

Memasang IV line berukuran besar untuk mempercepat pemberian terapi cairan dan kolaborasi pemberian cairan isotonis (NaCl) dengan dokter, bila masalah sirkulasi adalah hipovolemia, maka terapi yang diberikan adalah untuk restorasi darah dengan cairan resusitasi ideal. Hal ini sesuai dengan penelitian Syah, Gaus, & Rahardjo (2016), rekomendasi terkini menganjurkan penggunaan larutan isotonik dengan menggunakan NaCl 0,9% untuk restorasi cairan tubuh pada pasien yang mengalami hipovolemi (kekurangan darah cairan tubuh sehingga tekanan darah terus menurun) (Rambert, 2014). Cairan ini sedikit hipertonik karena mengandung Na 154 mmol/L (Na plasma 135-147 mmol/L) dan Cl 154 mmol/L (Cl plasma 94-111 mmol/L) (Yaswir & Ferawati, 2012).

Pasien dengan trauma dan kehilangan cairan perlu diberikan tindakan pemasangan kateter urine agar dapat mengukur intake dan output pasien (*balance cairan*). Memonitor intake dan outpun cairan setiap 4 jam dilakukan dengan memonitor produksi urine melalui kateter urine. Jika output kurang dari 30 ml/jam pada pasien dewasa pasang infus, dan tetap awasi adanya tanda kelebihan cairan (Dewi & Rahayu, 2010). Setelah diberikan resusitasi cairan dengan cepat dan tepat, produksi urine klien sebanyak 130 ml/4 jam. Pemberian terapi cairan kolaborasi dengan dokter sebanyak 1500 ml/ 24 jam.

Pemberian posisi *modified trendelenburg* yang dimodifikasi dengan meninggikan tungkai pasien, sekitar 20 derajat, lutut diluruskan, *trunchus horizontal* dan kepala agak diturunkan dapat meningkatkan arus balik vena yang dipengaruhi oleh gaya gravitasi (Dewi & Rahayu, 2010). PERMENKES nomor tahun 2014 yang menyebutkan bahwa *modified trendelenburg* dapat membantu menaikkan *venous return* sehingga tekanan darah ikut meningkat. Hal ini sesuai dengan kondisi pasien yang mengalami penurunan tekanan darah sistolik sehingga pemberian posisi *modified trendelenburg* sangat diperlukan untuk memperbaiki tekanan darah sistol pasien. Implementasi yang dilakukan diatas sudah mencakup dari rencana asuhan keperawatan yang sebelumnya telah disusun dalam tinjauan kasus.

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma Abdomen)

Pada kasus Tn. M tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri. Melakukan identifikasi skala nyeri klien, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengajakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (distraksi relaksasi tarik nafas dalam), menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, dan memberikan terapi analgesik hasil kolaborasi dengan dokter.

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun pada tinjauan kasus. Penggunaan pengkajian dengan pendekatan mnemonik PQRST dapat membantu perawat dalam menentukan rencana intervensi yang sesuai (Muttaqin, 2011). Pada kasus klien didapatkan skala nyeri 6 (1-10) dengan interpretasi nyeri sedang namun masih dapat di kontrol. Penggunaan skala merupakan yang paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013). Nyeri terjadi akibat trauma tumpul abdomen menghasilkan impuls saraf menyebar disepanjang saraf perifer aferen (Herlina, 2014). Secara umum tanda dan gejala yang sering terjadi pada pasien yang mengalami nyeri dapat tercermin dari perilaku klien misalnya suara (merintih, menangis, menjerit, berbicara terengah-engah dan menggerutu) dan ekspresi wajah (meringis, menggigit bibir), pergerakan tubuh (gelisah, otot tegang, mondar mandir) (Utami & Kartika, 2018). Hal ini sesuai dengan kondisi klien saat merasakan nyeri yaitu merintih, wajah menyeringai dan tampak gelisah.

Untuk mengurangi nyeri, dilakukan tindakan farmakologi pemberian terapi obat kolaborasi dengan dokter untuk mengurangi nyeri adalah injeksi Ketorolac 3x30 mg/IV dan tindakan non farmakologi relaksasi napas dalam. Berdasarkan penelitian yang diakukan oleh Handayani, Arifin, & Manjas (2019) mengatakan bahwa pemberian ketorolac 3x30 mg/IV dapat menurunkan skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan. Hal ini sejalan dengan pendapat yang menyebutkan ketorolac bekerja dengan menghambat sintesis prostaglandin yang merupakan mediator yang berperan pada inflamasi, nyeri, demam dan sebagai penghilang rasa nyeri perifer (Hardman & Limbird, 2012).

Relaksasi napas dalam merupakan salah satu terapi non farmakologi yang memberikan efek relaksasi yang dapat menurunkan skala nyeri dengan merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang guna untuk memproduksi pengeluaran hormon endorphin yang membantu untuk menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh individu (Risnah, et al., 2019). Implementasi yang dilakukan diatas sudah mencakup dari rencana asuhan keperawatan yang sebelumnya telah disusun dalam tinjauan kasus.

1. Nausea Berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intraabdomen

Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi mengidentifikasi dampak dan penyebab mual, memonitor mual (Frekuensi dan durasi), membantu mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual, menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan kolaborasi dengan dokter pemberian antimietik.

Dari 5 tindakan keperawatan pada Tn. M, hanya 1 yang tidak dilakukan yaitu menanjurkan makan dengan porsi kecil tapi sering karena klien dipuasakan. Tindakan ini dilakukan untuk menghentikan semua asupan oral dan penyedotan secara terus menerus akan mengurangi distensi usus, mencegah isi lambung yang masuk ke duodenum dan merangsang sekresi pankreas (Sari, 2015). Klien diberikan terapi obat kolaborasi dengan dokter yaitu injeksi Ondansetron 3x8mg/IV. Ondansetron merupakan obat yang paling sering digunakan sebagai anti mual dan muntah dibandingkan dengan yang lain karena efektivitas dan keamanannya (Efendy, 2016). Sebuah penelitian menyebutkan bahwa ondansetron lebih efektif mencegah insiden mual muntah dan relatif lebih aman karena tidak menimbulkan reaksi ekstrapiramidal dan mempercepat pengosongan lambung (Wijayanti & Nuraeni, 2014). Ondansetron merupakan derivat carbazalone yang secara struktural berhubungan dengan serotonin dan bekerja spesifik sebagai antagonis reseptor subtype 5-HT3 tanpa mempengaruhi resptor dopamin, histamin, adrenergik ataupun kolinergik sehinga ondansetron tidak memiliki efek neurologis (Efendy, 2016).

* 1. **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dapat dievaluasi sebagai berikut:

1. Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif

Hasil evaluasi tanggal 17 Juli 2020 pukul 03.00 WIB didapatkan klien mengatakan badanya lemah dan mual tapi tidak muntah. Hasil observasi didapatkan nadi: 110/menit, teraba lemah, TD: 100/60 mmHg, RR: 22x/menit, SPO2: 98%, Turgor kulit turun, CRT > 3 detik. Balance cairan intake – output = –80 ml/8 jam. Intake = infus (500 ml) + injeksi (50 ml) = 550 ml/8 jam. Output = (IWL = 450 ml) + (urine = 280 ml) = 630 ml/8 jam. Hasil laboratorium pada tanggal 17 Juli 2020 Hemoglobin: 8,5 g/dL, Hematokrit: 65%. Masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif belum teratasi, lanjutkan intervensi manajemen hipovolemia, periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan klien, berikan posisi *modified trendelenburg*, dan lanjutkan kolaborasi dengan dokter pemberian terapi cairan NaCl 1500 ml/24 jam.

Hasil evaluasi tanggal 18 Juli 2020 pukul 21.00 WIB didapatkan klien mengatakan badanya lemah dan mual tapi tidak muntah. Hasil observasi didapatkan Nadi: 98/menit, TD: 110/70 mmHg, RR: 22x/menit, SPO2: 98%, Turgor kulit sedang, CRT > 3 detik, Balance cairan = intake - output = –100 ml/8 jam. Intake = infus (500 ml) + injeksi (50 ml) = 550 ml/8 jam. Output = (IWL = 250) + BAB (100 ml) + (urine = 250) = 600 ml/8 jam. Masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif belum teratasi, lanjutkan intervensi manajemen hipovolemia, periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan klien, berikan posisi *modified trendelenburg*, dan lanjutkan kolaborasi dengan dokter pemberian terapi cairan NaCl 1500 ml/24 jam.

Hasil evaluasi tanggal 19 Juli 2020 pukul 20.40 WIB didapatkan klien mengatakan badannya masih lemah. Hasil observasi didapatkan Nadi: 98/menit, TD: 110/80 mmHg, RR: 22x/menit, SPO2: 98%, Turgor kulit sedang, CRT < 3 detik. Balance cairan intake – output = –30 ml/8 jam. Intake = infus (500 ml) + injeksi (50 ml) = 550 ml/8 jam. Output = (IWL = 250) + (urine = 430) = 680 ml/8 jam. Masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif belum teratasi, lanjutkan intervensi manajemen hipovolemia, periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan klien, berikan posisi *modified trendelenburg*, dan lanjutkan kolaborasi dengan dokter pemberian terapi cairan NaCl 1500 ml/24 jam.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen)

Hasil evaluasi tanggal 17 Juli 2020 pukul 03.00 WIB didapatkan klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus. Hasil observasi didapatkan adanya luka lecet pada perut kanan atas, klien tampak meringis menahan rasa nyeri, klien terlihat melindungi perutnya yang sakit dan tampak gelisah, TD: 100/60mmHg, Nadi: 110x/menit, RR: 22x/menit, dan Suhu: 36,7ºC. Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen) belum teratasi. Lanjutkan intervensi manajemen nyeri, isentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi napas dalam, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat ketorolac injeksi 3x30 mg/IV.

Hasil evaluasi tanggal 18 Juli 2020 pukul 21.00 WIB didapatkan klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus. Hasil observasi didapatkan adanya luka lecet pada perut kanan atas, klien tampak meringis menahan rasa nyeri, klien terlihat melindungi perutnya yang sakit dan tampak gelisah, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 22x/menit, dan Suhu: 36,4ºC. Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen) teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi manajemen nyeri, isentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi napas dalam, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat ketorolac injeksi 3x30 mg/IV.

Hasil evaluasi tanggal 19 Juli 2020 pukul 20.40 WIB didapatkan klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas yang mengalami trauma tumpul abdomen, nyeri dirasakan seperti di tusuk, nyeri berada di perut kanan atas menjalar ke bahu hingga punggung, skala nyeri 3 (1-10), nyeri dirasakan terus-menerus. Hasil observasi didapatkan adanya luka lecet pada perut kanan atas, klien tampak meringis menahan rasa nyeri, klien terlihat melindungi perutnya yang sakit dan tampak gelisah, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 98x/menit, RR: 22x/menit, dan Suhu: 36,8ºC. Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen) teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi manajemen nyeri, isentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan teknik nonfarmakologi teknik relaksasi napas dalam, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat ketorolac injeksi 3x30 mg/IV.

1. Neusea Berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intraabdomen

Hasil evaluasi tanggal 17 Juli 2020 pukul 03.00 WIB didapatkan klien mengatakan mual tapi tidak muntah dan badannya lemah. Hasil observasi didapatkan bahwa klien tampak pucat, klien tampak lemah, klien tampak menahan mual, nadi 110x/menit, TD 100/60 mmHg, RR 22x/menit. Hasil laboratorium pada tanggal 17 Juli 2020 didapatkan nilai ureum 29 mg/dL dan Albumin 2,5 g/dL. Masalah keperawatan nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen belum teratasi. Lanjutkan intervensi manajemen mual, monitor mual, bantu mengurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat injeksi ondansetron 3x8 mg/IV.

Hasil evaluasi tanggal 18 Juli 2020 pukul 21.00 WIB didapatkan klien mengatakan mual tapi tidak muntah dan badannya lemah. Hasil observasi didapatkan bahwa klien tampak pucat, klien tampak lemah, nadi 98x/menit, TD 100/70 mmHg, RR 22x/menit. Masalah keperawatan nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi manajemen mual, monitor mual, bantu mengurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat injeksi ondansetron 3x8 mg/IV.

Hasil evaluasi tanggal 19 Juli 2020 pukul 20.40 WIB didapatkan klien mengatakan mual tapi tidak muntah dan badannya lemah. Hasil observasi didapatkan bahwa klien tampak pucat, klien tampak lemah, klien tampak menahan mual, nadi 98x/menit, TD 110/80 mmHg, RR 22x/menit. Masalah keperawatan nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdomen teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi manajemen mual, monitor mual, bantu mengurangi dan hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, dan lanjutkan hasil kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat injeksi ondansetron 3x8 mg/IV.

# **BAB 5**

# **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan diagnosa medis Trauma Tumpul Abdomen di ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, sehingga penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Trauma Tumpul Abdomen.

* 1. **Simpulan**

Mengacu pada hasil uraian dan pembahasan pada asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Trauma Tumpul Abdomen, aka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian didapatkan pasien mengalami trauma tumpul abdomen karena kecelakaan yang membuat perutnya membentur stang sepeda motor menyebabkan adanya luka lecet pada perut kuadran kanan atas. Klien mengeluh nyeri pada perut kanan atas hingga ke punggung dan bahu, P: nyeri perut karena trauma tumpul abdomen, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri perut sebelah kanan atas terasa sampai punggung dan bahu, S: 6 (1-10), T: terus menerus. Terdapat penumpukan cairan pada pemeriksaan FAST ± 300 ml. Pemeriksaan BATSS didapatkan klien resiko tinggi terjadi cedera intra abdomen. Klien tampak lemah dan mual tapi tidak muntah, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 120x/menit, RR: 23x/menit, Suhu 36,7ºC, SPO2 98%, kesadaran composmentis, CRT > 3 detik. Klien dapat bernafas dengan spontan dan tidak menggunakan alat bantu nafas, klien terpasang infus dan kateter urine.
2. Diagnosa keperawatan pada Tn. M adalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma abdomen) dan nausea berhubungan dengan peningkatan tenakan intrabdomen.
3. Rencana tindakan keperawatan pada Tn. M disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan yang di sesuaikan dengan kondisi klien dan SLKI, rencana keperawatan untuk masalah keperawatan hipovolemia yaitu memberikan posisi *modified trendelenburg* untuk menstabilkan hemodinamik, dan resusitasi cairan dengan cepat pada saat pertama sampai di IGD, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi cairan NaCl serta pemasangan kateter urine untuk mengukur haluaran urine, mengobservasi intake dan output klien. Masalah keperawatan kedua yaitu nyeri akut dengan tujuan mengurangi nyeri yang dirasakan pasien, rencana yang disusun yaitu bantu klien mengurangi nyeri dengan terapi farmakologi dan non farmakologi. Pemberian kolaborasi dengan dokter terapi obat ketorolac 3x30 mg/IV dan mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam untuk membuat klien lebih rileks dan tidak tegang. Selanjutnya masalah keperawatan ketiga yaitu nausea dengan cara manajemen nausea yaitu kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat ondansetron 3x8 mg/IV untuk mengatasi mual pada klien.
4. Tindakan keperawatan pada Tn. M dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah Tn. M yaitu masalah keperawatan hipovolemia yaitu membantu memberikan posisi *modified trendelenburg* untuk menstabilkan hemodinamik, dan memberikan resusitasi cairan dengan cepat untuk mengurangi insiden syok hipovolemik, memberikan terapi cairan NaCl kolaborasi dengan dokter serta melakukan pemasangan kateter urine untuk mengukur haluaran urine, mengobservasi intake dan output klien. Masalah keperawatan kedua yaitu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien dengan membantu klien mengurangi nyeri menggunakan terapi farmakologi dan non farmakologi. Memberikan terapi obat ketorolac 3x30 mg/IV kolaborasi dengan dokter dan mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam untuk membuat klien lebih rileks dan tidak tegang. Selanjutnya masalah keperawatan ketiga yaitu nausea dengan cara manajemen nausea yaitu memberikan terapi obat ondansetron 3x8 mg/IV kolaborasi dengan dokter untuk mengatasi mual pada klien.
5. Pada akhir evaluasi tanggal 19 Juli 2020, masalah keperawatan hipovolemi belum teratasi sebagian karena turgor kulit belum membaik dan balance cairan belum seimbang antara intate dan output. Masalah nyeri akut teratasi sebagian karena nyeri yang dirasakan sudah turun menjadi skala 3, nadi dan tekanan darah dalam batas normal, dan klien sesekali saja tampak meringis menahan nyeri. Dan masalah nausea teratasi, mual yang dirasa sudah jarang, serta nadi dalam batas normal. Namun tetap memerlukan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya untuk mengukur perkembangan kondisi klinis klien.
   1. **Saran**

Berdasarakan dari simpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pada anggota keluarga yang mengalami trauma tumpul abdomen dan aktif berperan dalam melakukan pengawasan dan memberi dukungan agar pengobatan pasien teteap berkesinambungan.
2. Perawat ruang IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta *skill* dalam hal pertolongan pertama pada pasien trauma khususnya trauma abdomen dengan mengikuti semianr dan pelatihan, memberikan edukasi tentang trauma tumpul abdomen sehingga dapat meningkatkan pelayanan keperawatan bagi pasien.
3. Rumah sakit hendaknya meningkatkan kualitas pelayanan yaitu dengan memberikan kesempatan perawat untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan baik formal maupun informal. Mengadakan pelatihan internal yang diikuti seluruh perawat IGD mengenai pertolongan pertama pada pasien trauma tumpul abdomen.
4. Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor yang mempengaruhi terjadinya trauma tumpul abdomen disertai cedera dan perdarahan intra abdomen.

# **DAFTAR PUSTAKA**

Adelgais, K., Kupperman, N., Kooistra, J., Garcia, M., Monroe, D., Mahajan, P., Holmes, J. (2014). Accurancy of the Abdominal Examination for Identifiying Children with Blunt Intra Abdominal Injuries. *The Journal of Pediatrics*, *165(6)*, 1230–1235.

Afroh, F., Judha, M., & Sudarti. (2012). *Teori Pengukuran Nyeri & Nyeri Persalinan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Aini, L., & Reskita, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Fraktur. *Jurnal Kesehatan*, *9(2)*, 262–266.

Alfiah, B. W. (2018). *Evaluasi Rasionalitass Pengunaan Analgetik pada Pasien Osteoarthritis Panggul dengan Total Hip Replacement di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta Tahun 2017*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Andarmoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Bahrudin, M. (2017). Patofisiologi Nyeri (Pain). *Universitas Muhammadiyah Malang*, *13(1)*.

Barokah. (2010). Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Trauma Abdomen Post Laparotomi Atas Indikasi Internal Bleeding Di Ruang ICU Dr. Moewardi Di Surakarta.

Carris, N., Smith, S. M., & Gums, J. G. (2016). *Osteoarthritis*. New York: The Mc Graw Hills Companies.

Dewi, E., & Rahayu, S. (2010). Kegawatdaruratan Syok Hipovolemik. *Berita Ilmu Keperawatan*, *2(2)*, 93–96.

Efendy, M. N. (2016). *Studi Penggunaan Obat Anti Mual dan Muntah pada Pasien Pasca Operasi*. Fakultas Farmasi Universitas Airlangga.

El, A., Saleem, A. A., Raheem, O. A. A., & Abdallah, H. A. (2016). Epidemiological Evaluation and Outcome of Pure Abdominal Trauma Victims Who Underwent Surgical Exploratory Laparotomy. *Al Azhar Assiut Medical Journal*, 24–28. https://doi.org/10.4103/1687-1693.180458

Farrath, S., Parreira, J. G., Solda, S. C., & Assef, J. C. (2012). Predictors of Abdominal Injuries in Blunt Trauma. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, *38(4)*, 295–301.

Finfer, S. R., Vincent, Jean-Louis, & De Backer, D. (2013). Critical Care Medicine : Circulatory Shock. *The New Journal of Medicine*, *18*, 1726–1734.

Gad, M. A., Saber, A., Farrag, S., Shams, M. E., & Ellabban, G. M. (2012). Incidece, Patterns, and Factors Predicting Mortality of Abdominal Injuries in Trauma Abdomen. *North American Journal of Medical Science*, *4(3)*, 129–134.

Garcia, C., J, F., Bombuy, E., Sanchez, S., Ferrer, J., & Garcia-valdecasas, J. (2010). Treatment of Liver Trauma: Operative or Concervative Management. *Gastroenterology Reseacrh*, *3(1)*, 9–18. https://doi.org/10.4021/gr2009.02.165w

Ginting, E. B., Sitohang, R., & Simanjuntak, S. (2017). Gambaran Trauma Abdomen yang Dirawat Inap di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2012-2015. *Jurnal Kedokteran Methodist*, *Vol. 10 No*.

Greets, B. F., Bergh, L. van den, Stijnen, T., Aarts, L. P. H. J., & Jansen, J. R. C. (2012). Comprehensive Review: Is It Better to Use The Trendelenburg Position or Passive Leg Raising for The Initial Treatment of Hypovolemia? *PubMed.Gov*, *24(8)*, 668–674. https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2012.06.003

Guillion, F. (2011). *Epidemiology of Abdominal Trauma*. Berlin: Springer-Verlag.

Guyton, A. C. (2008). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran* (11th ed.). Jakarta: EGC.

Handayani, S., Arifin, H., & Manjas, M. (2019). Kajian Penggunaan Analgetik pada Pasien Pasca Bedah Fraktur di Trauma Centre RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, *6(2)*, 113–120.

Hardisman. (2013). Memahami Patofisiologi dan Aspek Klinis Syok Hipovolemik. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *2(3)*, 178–182.

Hardman, J. G., & Limbird, L. E. (2012). *Goodman & Gilman: Dasar Farmakologi Terapi* (Edisi 10 V). Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Herlina, S. (2014). *Analisa Praktik Residensi Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien dengan Gangguan Sistem Perkemihan Dengan Penerapan Teori Konservasi Levine Di RSUP Fatmawati Jakarta*. Universitas Indonesia.

HIBGABI. (2020). *Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)* (1st ed.). Jakarta: Bidang Pendidikan dan Pelatihan Dewan Pengurus Pusat HIBGABI.

Hidayatulloh, M. A. N., Supriyadi, & Sriningsih, I. (2017). Pengaruh Resusitasi Cairan Terhadap Status Hemodinamik (MAP), dan Status Mental (GCS) pada Pasien Syok Hipovolemik di IGD RSUD DR. Meowardi Surakarta.

Husin, W., Hudaja, O., & Kristianto, Y. (2006). Oklusi Arteri Perifer pada Ektremitas Inferior. *JKM*, *6(1)*.

Hutahaean, S., Febriana, N., & Apifah, L. (2019). OPERASI LAPARATOMI DI RSUD KOJA JAKARTA UTARA. *JAKHKJ*, *5*(1).

Kamayani, M. O. A. (2017). *Intraabdominal Preassure (IAP)*. Universitas Udayana.

Karjosukarso, A. S., Wiargitha, I. K., & Bagus, T. G. (2019). Validitas diagnostik Blunt Abdominal Trauma Scoring System ( BATSS ) pada trauma tumpul abdomen di RSUP Sanglah Denpasar, Bali. *Medicina*, *50(2)*, 377–380. Retrieved from https://doi.org/10.15562/Medicina.v50i2.181

Lee, S. K. (2012). Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome: A Comprehensive Overview. *Critical Care Nursing*, *32*, 19–32. https://doi.org/10.4037/ccn2012662

LeMone, Burke, & Bauldoff. (2011). *Medical-Surgergical Nursing: Critical Thingking in Patient Care* (5th Editio). Pearson Edication.

Liani, I., & Putra, I. F. E. (2019). MODALITAS DIAGNOSTIK PADA KASUS KEGAWATDARURATAN TRAUMA DIAGNOSTIC MODALITY IN CASE OF EMERGENCY BLUNT ABDOMINAL TRAUMA. *Jurnal Gawat Darurat*, *1*(2), 57–64.

Meilanie, A. D. R. (2019). Perbedaan Nilai Hematokrit Metode Mikrohematokrit dan Metode Otomatis pada Pasien Demam Berdarah Dengue dengan Hemokonsentrasi. *Journal of Vocational Health Sudies*, *03*, 67–71.

Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2014). *Clinical Oriented Anatomy* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Muttaqin, A. (2011). *Pengkajian Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.

Offner, P. (2017). Penetrating Abdominal Trauma. *Emedicine*.

Panchal, H. A., & Ramanuj, A. M. (2016). The Study of Abdominal Trauma : Patterns of Injury, Clinical Presentation, Organ Involvement and Associated Injury. *International Surgery Journal*, *3*(3), 1392–1398.

Pansky, B., & Gest, T. R. (2013). *Lippincott’s Concise Illustrated Anatomy: Thorax, Abdomen & Pelvis*. Wolters Kluwer.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (Jilid 1). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.

PPNI. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Jilid I). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.

PPNI. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi I). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat.

Purnama, E., & Aprillia, H. (2019). Hubungan Pemberian Terapi Oksigen Sistem Aliran Rendah Dengan Status Fisiologis ( Revised Trauma Score ) Pada Pasien Trauma Di Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, *10(2)*, 0–9.

Ramanaiah, G. V. (2015). Abdominal Trauma in adults - its outcome - a prospective study in a teritiary health care centre in Andhra Pradesh. *Indian Journal Of Applied Research*, *5*(11), 35–38.

Rambert, G. I. (2014). Gangguan Keseimbangan Air dan Natrium serta Pemeriksaan Osmolaritas. *Jurnal Biomedik (JBM)*, *6(3)*, S46-54.

Risnah, HR, R., Azhar, M. ulfah, & Irwan, M. (2019). Terapi Non Farmakolohi dalam Penanganan Diagnosa Nyeri Akut pada Fraktur : Systematic Review. *Jurnal of Islamic Nursing*, *4(2)*.

Rokhmah, U. F., Purnamasari, D. U., & Saryono. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penurunan Nafsu Makan pada Pasien Gagal Ginjak Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis. *J. Gipas*, *1(1)*.

Rostas, J., Cason, B., Simmons, J., Frotan, M. A., Brevard, S. B., & Gonzalez, R. P. (2015). The Validity of Abdominal Examination in Blunt Trauma Patients with Distracting Injuries. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, *78(6)*, 1095–1101. https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000650

S, S., Bhimji, & Burns, B. (2018). Penetrating Abdominal Trauma. In *NCBI Bookshelf: A Service of the Nation Library of Medicine*. StatPearls Publishing.

Sander, M. A. (2013). Kasus Serial Ruptur Lien Akibat Trauma Abdomen: Bagaimana Pendekatan Diagnosa dan Penatalaksaannya. *Jurnal Keperawatan*, *Vol. 4 No.*, 18–28.

Sari, N. K. (2015). *Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Post Laparotomy Explorasi Drainase Appendiktomy E.C Peritonitis DD Appendiks Perforasi dan Pankreatitis Akut terhadap Pemberian Aroma Terapi Lavender di Ruang High Care Unit RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samari*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Sesa, W. C., Suarsana, W., & Program, M. P. (2019). Conservative Treatment of Bladder Contusio \*. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, *1*(1), 2–7.

Shankariah, M., Mishra, M., & Kamath, R. A. (2012). Tramadol vs Ketorolac in The Treatments of Post Operative Pain Following Maxxillofacial Surgery. *Journal Maxillofac Oral Surgery*, *11(3)*, 264–270.

Sjamsuhidayat. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC.

Suhayat, R. (2014). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Pasie Pre Operasi*. Universitas Sumatera Utara, Medan.

Syah, B. I. A., Gaus, S., & Rahardjo, S. (2016). Manajemen Cairan dan Elektrolit pada Pasien Cedera Kepala. *Jurnal Neuro Anastesi*, *5(3)*, 197–209.

Tafwid, M. I. (2015). Tatalaksana Syok Hipovolemik Et Causa Suspek Intra Abdominal Hemorrhagic Post sectio Caesaria. *Argomed Unila*, *2(3)*, 203–210.

Umboh, I. J., Sapan, H. B., & Harsali, L. (2016). No Title. *Jurnal Biomedik (JBM)*, *Vol. 8 No.*, 52–57.

Utami, A. D., & Kartika, I. R. (2018). Terapi Komplementer Guna Menurunkan Nyeri Pasien Gastritis: Literatur Review. *Real in Nursing Journal (RNJ)*, *1(3)*, 123–132.

Wiargitha, I. K. (2017). *Prediktor Klinis Lesi Intraabdomen pada Penderita Trauma Tumpul Abdomen yang Dirawat Konservatif di Rumah Sakit Sanglah Denpasar*. *Universitas Udayana*. Universitas Usayana.

Wijayanti, A., & Nuraeni. (2014). Pola Peresepan Antimietika pada Penderita Dispepsia Pasien Dewasa dan Lansia Rawat Inap di PKU Muhammadiyah Yogyakarta Periode Januari-Juni Tahun 2012. *Media Farmasi*, *11(2)*, 197–207.

Yaswir, R., & Ferawati, I. (2012). Fisiologi dan Gangguan Keseimbangan Natrium, Kalium, Klorida serta Pemeriksaan Laboratorium. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *1(2)*, 80–85.

Yusrizal, Zamzahar, Z., & Anas, E. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Apendiktomi di ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan. *Ners Jurnal Keperawatan*, *8(2)*, 138–146.

**Lampiran 1**

***CURRICULUM VITAE***

Nama : Martha Ayu Agustin, S.Kep

NIM : 193.0050

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 21 Agustus 1997

Alamat : Pondok Menganti Indah Blok S/9, Boteng, Menganti, Gresik

Email : [marthaayu22@gmail.com](mailto:marthaayu22@gmail.com)

Riwayat Pendidikan:

1. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya : Lulus Tahun 2019
2. SMA Negeri 1 Cerme : Lulus Tahun 2015
3. SMP Negeri 1 Kedamean : Lulus Tahun 2012
4. SD Negeri 1 Putat Lor : Lulus Tahun 2009

**Lampiran 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Logo Stikes Hang Tuah SBY.png | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  **PEMASANGAN KATETER URINE (Pria)** |
| **Pengertian** | Pemasangan kateter urine adalah suatu tindakan kaperawatan memasukkan kateter ke dalam kandung kemih melalui uretra yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine. |
| **Tujuan** | 1. Menghilangkan distensi pada kandung kemih 2. Mengosongkan kandung kemih secara lengkap 3. Eksplorasi uretra apakah terdapat sianosis atau lesi 4. Mengetahui residual urine setelah miksi 5. Memasukkan kontras kedalam buli-buli 6. Mendapatkan spesimen urine steril 7. Terapeutik: memenuhi kebutuhan eliminasi urine 8. Kateterisasi menetap (*indwelling catherezation*) 9. Kateterisasi sementara (*intermitter catherezation*) |
| **Indikasi** | * + - 1. Indikasi diagnostik pemasangan kateter:          1. Mengambil spesimen urine tanpa terkontaminasi.          2. Monitoring dari produksi urine (urine output), sebagai indikator status cairan dan menilai perfusi renal (terutama pada pasien kritis).          3. Pemeriksaan radiologi pada saluran kemih          4. Diagnosa dari perdarahan saluran kemih, atau obstruksi saluran kemih yang ditandai dengan kesulitan memasukkan kateter.       2. Indikasi terapi pemasangan kateter:          1. Retensi urine akut.          2. Obstruksi kronik yang menyebabkan hidronefrosis, serta tidak dapat doperbaiki dengan obat atau tindakan bedah.          3. Inkontinensia urine yang tidak tertangani dengan terapi lainnya, yang juga dapat menyebabkan iritasi pada kulit sekitar kemaluan.          4. Inisiasi irigasi kandung kemih berkelanjutan.          5. Dekompresi intermiten pada gangguan kendung kemih neurogenik.          6. Pemeliharaan kondisi higiene atau sebagai terapi paliatif (pasien terminal) pada kondisi pasien yang memerlukan istirahat (bedrest) dalam waktu lama. |
| **Kontra Indikasi** | Kontra indikasi dilakukan pada pasien dengan gejala trauma pada traktus urinarius bagian bawah, misalnya terjadi robekan pada uretra. Kodidi ini dapat ditemukan pada pasien laki-laki yang mengalami trauma pelvis atau *straddle-type injury*. |
| **Persiapan Alat** | 1. Handscoon steril 2. Handscoon on steril 3. Kateter steril sesuai ukuran dan jenis 4. Urobag 5. Doek lubang steril 6. Jelly 7. Larutan antiseptik dan kassa steril 8. Perlak dan pengalas 9. Pinset anatomis 10. Bengkok 11. Spuit 20cc yang berisi aquades 12. Plester 13. Gunting 14. Sampiran |
| **Persiapan Pasien** | 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan dilakukan tindakan 2. Menyiapkan pasien dalam posisi *dorsal recumbent* |
| **Prosedur Pelaksanaan** | 1. **Pra Interaksi** 2. Melakukan pengecekkan program terapi 3. Mencuci tangan 4. Menyiapkan alat 5. **Tahap Orientasi** 6. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 8. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien 9. **Tahap Kerja** 10. Menjaga privacy pasien dengan memasangan sampiran dan selimut ekstra 11. Mengatur posisi pasien dengan posisi terlentang dan melepaskan pakaian dalam 12. Memasangan perlak dan pengalas 13. Memasang pispot dibawah bokong pasien 14. Menyiapkan plester fiksasi kateter dan label waktu pemasangan kateter, membuka kemasan luar kateter dengan tetap mempertahankan kesterilannya, menyiapkan pelumas pada kassa steril dan dijaga kesterilannya 15. Memakan sarung tangan 16. Tenagn tidak dominan pegang penis pakai kassa steril, desinfeksi dengan tangan dominan dengan menggunakan kapas sublimat/betadin sol pada metaus uretra 17. Mengganti sarung tangan steril, memasang duk steril 18. Memasukkan jelly anestesi atau pelumas pada uretra kira-kira 10cc, tahan ujung penis dan meatus ureta dengan ibu jari dan teunjuk untuk mencegah refluk jelly, tunggu sebentar kira-kira 5 menit agar efek anestesi bekerja. 19. Pilih folley kateter sesuai ukuran (besar: 18 dan 20, kecil: 8 dan 10 french kateter) atau sesuai sediaan. 20. Masukkan folley kateter ke uretra secara perlahan dengan sedikit mengangkat penis hingga urine keluar (pasien dianjurkan tarik napas panjang) 21. Menampung urine pada botol bila diperlukan untuk pemeriksaan 22. Mendorong lagi foley kateter kira-kira 5 cm ke dalam 23. Bladder (1-2 inci) 24. Kembungkan balon dengan cairan aquadest sesuai ukuran, kira-kira 20 cc. 25. Menarik kateter dengan perlagan sampai terasa ada tahanan dan meletakkannya diatas abdomen bagian bawah 26. Menyambungkan kateter dengan urine bag 27. Melepas duk, pengalas dan sarung tangan 28. Memfiksasi kateter diatas abdomen bagian bawah 29. Menempel label waktu pemasangan kateter 30. **Tahap Terminas**i 31. Melakukan evaluasi tindakan yang baru dilakukan 32. Merapikan pasien dan lingkungan 33. Berpamitan dengan klien 34. Membereskan alat-alat dan kembalikan alat ketempat semula 35. Mencuci tangan |
| **Dokumentasi** | * + 1. Mencatat prosedur dan respon klien selama prosedur.     2. Mencatat waktu tindakan (hari tanggal, jam).     3. Mencatat keluhan pasien jika ada.     4. Mencatat nama perawat yang melakukan tindakan/tanda tangan.     5. Observasi pengeluaran urine (jumlah, warna dan bau) |
| **Komplikasi** | 1. Reaksi alergi terhadap bagan yang digunakan dalam kateter, seperti lateks 2. Batu kandung kemih 3. Darah dalam urine 4. Cedera pada uretra 5. Kerusakan ginjal (dengan kateter yang menetapkan dalam waktu lama) 6. Septikemia atau infeksi saluran kemih, ginjal atau darah |
| **Referensi** | Hamidah. 2017. Buku Panduan Praktik. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta |

**Lampiran 2**

|  |  |
| --- | --- |
| Logo Stikes Hang Tuah SBY.png | **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**  **PEMASANGAN INFUS** |
| **Pengertian** | Pemasangan infus adalah salah satu cara atau bagian dari pengobatan untuk memasukkan obat atau vitamin ke dalam tubuh pasien dengan memasukkan jarum atau kanula ke dalam intravena (pembuluh balik) untuk dilewati cairan infus atau pengobatan dengan tujuan agar sejumlah cairan atau obat dapat masuk ke dalam tubuh melalui vena dalam jangka waktu tertentu. |
| **Tujuan** | 1. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, lemak, protein, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan melalui oral 2. Mengoreksi dan mencegan gangguan cairan dan elektrolit, 3. Memperbaiki keseimbangan asam basa, emmeberikan transfusi darah, 4. Menyediakan medium untuk pemberian obat intravena dan 5. Membantu pemberian nutrisi parenteral. |
| **Indikasi** | Indikasi pemasangan infus terdiri dari 4 situasi yaitu: kebutuhan pemberian obat intravena, hidrasi intravena, transfusi darah atau komponen darah dan situasi lain dimana nakes langsung ke aliran darah diperlukan seperti:   1. Kondisi emergency (misalnya ketika tindakan RJP), yang memungkinkan untuk pemberian obat secara langsung kedalam pembuluh darah intravena 2. Untuk dapat memberikan respon yang cepat terhadap pemberian obat 3. Pasien yang mendapat terapi obat dalam jumlah dosis besar secara terus-menerus melalui pembuluh darah intravena 4. Pasien yang membutuhkan pencegahan gangguan cairan dan elektrolit 5. Untuk menurunkan ketidaknyamanan pasien dengan mengurangi kepentingan dengan injeksi intramuskular |
| **Kontra Indikasi** | 1. Terdapat inflamasi (bengkak, nyeri, demam, flenitis, slerosis vena, luka bakar dan infeksi di area yang hendak dipasang infus) 2. Pemasangan infus di daerah lengan bawah pada pasien yang mempunyai penyakit ginjal karena lokasi ini dapat digunakan untuk pemasangan fistula arteri-vena (AV Shunt) pada tindakan hemodialisis (cuci darah) 3. Obat-obatan yang berpotensi iritan pada pembuluh darah vena kecil yang aliran darahnya lambat (contohnya pembuluh vena di tungkai dan kaki) |
| **Persiapan Alat** | 1. Standar infus 2. Cairan infus sesuai dengan kebutuhan 3. IV keteter/*wings needle*/*abocath* sesuai kebutuhan 4. Perlak 5. Tourniquet 6. Plester 7. Gunting 8. Bengkok 9. Sarung tangan bersih 10. Kassa steril 11. Kapas alkohol |
| **Persiapan Pasien** | 1. Memberitahu pasien dan menjelaskan tujuan dilakukan tindakan 2. Menyiapkan pasien dalam posisi *supine.* |
| **Prosedur Pelaksanaan** | 1. **Pra Interaksi** 2. Melakukan pengecekkan program terapi 3. Mencuci tangan 4. Menyiapkan alat 5. **Tahap Orientasi** 6. Memberikan salam dan menyapa nama pasien 7. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 8. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien 9. **Tahap Kerja** 10. Siapkan cairan dengan menyambug botol cairan dengan selang infus dan gantungkan pada standar infus 11. Menentukan area vena yang akan ditusuk 12. Pasang alas 13. Pasang tourniquet pembendung ± 15 cm diatas vena yang akan ditusuk 14. Pakai sarung tangan 15. Desinfeksi area yang akan ditusuk dengan diameter 5-10 cm 16. Tusukkan IV kateter ke vena dengan jarum menghadap ke jantung 17. Pastikan jarum IV masuk ke vena 18. Sambungkan jarum IV dengan selang infus 19. Lakukan fiksasi ujung jarum IV sitempat insersi 20. Tutup area insersi dengan plester 21. Atur tetesan infus sesuai dengan program medis 22. Lepaskan sarung tangan 23. **Tahap Terminas**i 24. Melakukan evaluasi tindakan yang baru dilakukan 25. Merapikan pasien dan lingkungan 26. Berpamitan dengan klien 27. Membereskan alat-alat dan kembalikan alat ketempat semula 28. Mencuci tangan |
| **Dokumentasi** | 1. Mencatat prosedur dan respon klien selama prosedur. 2. Mencatat waktu tindakan (hari tanggal, jam). 3. Mencatat keluhan pasien jika ada. 4. Mencatat nama perawat yang melakukan tindakan/tanda tangan. |
| **Komplikasi** | 1. Phlebitis 2. Infiltrasi 3. Iritasi vena 4. Hematoma 5. Trombophlebitis 6. Trombosis 7. *Occlusion* 8. Spasme vena 9. Reaksi vasovagal 10. Kerusakan syaraf, tendon dan ligament |
| **Manajemen Pencegahan Komplikasi** | 1. Ganti lokasi tusukan setiap 48-72 jam dan gunakan set infus baru 2. Observasi tanda/reaksi alergi terhadap infus atau komplikasi lain 3. Jika infus tidak diperukan lagi, buka fiksasi pada lokasi penusukkan 4. Kencangkan klem infus sehingga tidak mengalir 5. Tekan lokasi penusukkan menggunakan kassa steril, lalu cabut jarum infus perlahan, periksa ujung kateter terhadap adanya embolus 6. Bersihakan lokasi penusukkan dengan antiseptik. Bekas-bekas plester dibersihkan memakai kapas alkohol 7. Gunakan alat-alat yang steril saat pemasangan, dan gunakan teknik sterilisasi dalam pemasangan infus 8. Hindari pemasangan infus pada daerah-daerah yang infeksi, vena yang telah rusak, vena pada daerah fleksi dan vena yang tidak stabil 9. Mengatur ketepatan aliran dan regulasi infus dengan tepat 10. Penghitungan cairan yang sering digunakan adalah perhitungan milimeter perjam (ml/h) dan perhitungan tetes permenit |
| **Referensi** | Hamidah. 2017. Buku Panduan Praktik. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta |