
Gawat Darurat Bedah

Akut Abdomen pada Alat Pencernaan Orang Dewasa

S. Soewandi

Bagian Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan

Akut abdomen merupakan sebuah terminologi yang menunjukkan adanya keadaan darurat dalam abdomen yang dapat berakhir dengan kematian bila tidak ditanggulangi dengan pembedahan.

Keadaan darurat dalam abdomen dapat disebabkan karena perdarahan, peradangan, perforasi atau obstruksi pada alat pencernaan. Peradangan bisa primer karena peradangan alat pencernaan seperti pada appendisitis atau sekunder melalui suatu pencemaran peritoneum karena perforasi tukak lambung, perforasi dari *Payer's patch*, pada typhus abdominalis atau perforasi akibat trauma.

Pada akut abdomen, apapun penyebabnya, gejala utama yang menonjol adalah nyeri akut pada daerah abdomen. Kadang-kadang penyebab utama sudah jelas seperti pada trauma abdomen berupa vulnus abdominis penetrans namun kadang-kadang diagnosis akut abdomen baru dapat ditegakkan setelah pemeriksaan fisik serta pemeriksaan tambahan berupa pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan radiologi yang lengkap dan masa observasi yang ketat.

Ditinjau dari lokasi nyeri dapat dibuat tabel diagnosis banding (Tabel 1).

Nyeri abdomen dan perdarahan merupakan suatu malapetaka yang sangat besar bagi seorang penderita yang menderita akut abdomen alat pencernaan pada orang dewasa. Oleh karena itu dokter yang memberikan pertolongan pertama harus memastikan dengan segera 1. diagnosis kerja sementara, 2. mengambil langkah-langkah untuk membuktikan kebenaran diagnosis dan 3. mengambil langkah-langkah penanggulangan yang tepat selama pembuktian kebenaran diagnosis.

Untuk penegakan diagnosis diperlukan pengumpulan data dengan mengadakan penelitian terhadap penderita melalui pemeriksaan fisik penderita secara sistematis yang dimulai dengan anamnesis penderita ditambah dengan pemeriksaan tambahan

dan khusus. Bila penderita tidak sadar atau terlalu sakit bisa dilakukan anamnesa keluarga (allo-anamnesa).

Tabel 1. Diagnosis Banding Akut Abdomen

Kwadran kanan atas : <ol style="list-style-type: none">1. Cholecystitis acuta2. Perforasi tukak duodeni3. Pancreatitis acuta4. Hepatitis acuta5. Acute congestive hepatomegaly6. Pneumonia + pleuritis7. Pyelonephritis acuta8. Hepatitis acuta9. Abses hepar	Kwadran kiri atas : <ol style="list-style-type: none">1. Ruptura lienalis2. Perforasi tukak lambung3. Pancreatitis acuta4. Ruptur aneurisma aorta5. Perforasi colon (tumor/corpus alienum)6. Pneumonia + pleuritis7. Pyelonephritis acuta8. Infark miokard akut
	Para-umbilikal : <ol style="list-style-type: none">1. Ileus obstruksi2. Appendicitis3. Pancreatitis acuta4. Thrombosis A/V mesenterial5. Hernia inguinalis strangulata6. Aneurisma aorta yang pecah7. Diverticulitis (ileum/colon)8. Uraemia
Kwadran kanan bawah : <ol style="list-style-type: none">1. Appendicitis2. Salpingitis acuta3. Graviditas extra-uterin yang pecah4. Torsi ovarial tumor5. Hernia inguinalis incarcerata, strangulata6. Diverticulitis Meckeli7. Ileitis regionalis8. Psoas absces9. Batu ureter (kolik)	Kwadran kiri bawah : <ol style="list-style-type: none">1. Sigmoid diverticulitis2. Salpingitis acuta3. Graviditas extra-uterin yang pecah4. Torsi ovarial tumor5. Hernia inguinalis incarcerata, strangulata6. Perforasi colon descendens (tumor, corpus alienum)7. Ileitis regionalis8. Psoas absces9. Batu ureter (kolik)

Anamnesis

Pada suatu penyakit bedah darurat anamnesis merupakan pemeriksaan yang sangat penting. Bahan-bahan utama yang dapat diperoleh melalui anamnesis yang memberikan informasi sangat berharga pada proses penegakan diagnosis adalah :

A. Lokasi nyeri

Di atas telah diberikan daftar kemungkinan diagnosis banding dari penyakit-penyakit berdasarkan lokasi.

B. Radiasi perasaan nyeri

Kadang-kadang informasi mengenai cara penyebaran rasa nyeri (radiasi perasaan nyeri) dapat memberikan petunjuk mengenai asal-usul atau lokasi penyebab nyeri itu.

Nyeri yang berasal dari saluran empedu menjalar ke samping sampai bagian bawah scapula kanan. Nyeri karena appendicitis dapat mulai dari daerah epigastrium untuk ketundian berpindah ke kwadran kanan bawah. Nyeri dari daerah rektum dapat menetap di daerah punggung bawah.

C. Bentuk rasa nyeri

Nyeri pada akut abdomen dapat berbentuk nyeri terus-menerus atau berupa kolik.

D. Perubahan fisiologi alat pencernaan

1. Nafsu makan, mual, muntah
2. Defekasi teratur, mencret, obstipasi
3. Perut kembung, serangan kolik
4. Sudah berapa lama semua perubahan ini berlangsung

E. Perubahan anatomi

1. Adanya benjolan neoplasma
2. Adanya luka akibat trauma
3. Adanya bekas operasi apa, bilamana.

Pemeriksaan fisik dilaksanakan dengan memeriksa dulu keadaan umum penderita (status generalis) untuk evaluasi keadaan sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler dan sistem saraf yang merupakan sistem vital untuk kelangsungan kehidupan.

Pemeriksaan keadaan lokal (status lokal abdomen) pada penderita dilaksanakan secara sistematis dengan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Tanda-tanda khusus pada abdomen tergantung pada penyebabnya seperti trauma, peradangan, perforasi atau obstruksi.

A. Inspeksi

Tanda-tanda khusus pada trauma daerah abdomen adalah :

- a. Penderita kesakitan. Pernafasan dangkal karena nyeri di daerah abdomen.
- b. Penderita pucat, keringat dingin.
- c. Bekas-bekas trauma pada dinding abdomen, memar, luka, prolaps omentum atau usus.
- d. Kadang-kadang pada trauma tumpul abdomen sukar ditentukan tanda-tanda khusus, maka harus dilakukan pemeriksaan berulang oleh dokter yang sama untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya perubahan pada pemeriksaan fisik.
- e. Pada ileus obstruksi terlihat distensi abdomen bila obstruksi letaknya rendah, dan bila orangnya kurus kadang-kadang terlihat peristalsis usus (*Darm-steifung*).
- f. Keadaan nutrisi penderita.

B. Palpasi

a) Akut abdomen memberikan rangsangan pada peritoneum melalui peradangan atau iritasi peritoneum secara lokal atau umum tergantung dari luasnya daerah yang terkena iritasi.

b) Palpasi akan menunjukkan 2 gejala :

1. Perasaan nyeri
2. Kejang otot (*muscular rigidity, defense musculaire*)

1. Perasaan nyeri

Perasaan nyeri yang memang sudah ada terus menerus akan bertambah pada waktu palpasi sehingga dikenal gejala nyeri tekan dan nyeri lepas. Pada peritonitis lokal akan timbul rasa nyeri di daerah peradangan pada penekanan dinding abdomen di daerah lain.

2. Kejang otot (*defense musculaire, muscular rigidity*)

Kejang otot ditimbulkan karena rasa nyeri pada peritonitis diffusa yang karena rangsangan palpasi bertambah sehingga secara refleks terjadi kejang otot.

C. Perkusi

Perkusi pada akut abdomen dapat menunjukkan 2 hal.

- 1) Perasaan nyeri oleh ketukan pada jari. Ini disebut sebagai nyeri ketok.
- 2) Bunyi timpani karena meteorismus disebabkan distensi usus yang berisikan gas pada ileus obstruksi rendah.

D. Auskultasi

Auskultasi tidak memberikan gejala karena pada akut abdomen terjadi perangsangan peritoneum yang secara refleks akan mengakibatkan ileus paralitik.

E. Pemeriksaan rectal toucher atau perabaan rektum dengan jari telunjuk juga merupakan pemeriksaan rutin untuk mendeteksi adanya trauma pada rektum atau keadaan ampulla recti apakah berisi faeces atau teraba tumor.

Setelah data-data pemeriksaan fisik terkumpul diperlukan juga pemeriksaan tambahan berupa :

1. Pemeriksaan laboratorium

A) Pemeriksaan darah rutin

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

Pemeriksaan leukosit yang melebihi 20.000/mm tanpa terdapatnya infeksi menunjukkan adanya perdarahan cukup banyak terutama pada kemungkinan ruptur lienalis.

Serum amilase yang meninggi menunjukkan kemungkinan adanya trauma pankreas atau perforasi usus halus. Kenaikan transaminase menunjukkan kemungkinan trauma pada hepar.

B) Pemeriksaan urine rutin

Menunjukkan adanya trauma pada saluran kemih bila dijumpai hematuria. Urine yang jernih belum dapat menyingkirkan adanya trauma pada saluran urogenital.

2. Pemeriksaan radiologi

A) Foto thoraks

Selalu harus diusahakan pembuatan foto thoraks dalam posisi tegak untuk menyingkirkan adanya kelainan pada thoraks atau trauma pada thoraks.

Hams juga diperhatikan adanya udara bebas di bawah diafragma atau adanya gambaran usus dalam rongga thoraks pada hernia diafragmatika.

B) *Plain abdomen foto tegak*

Akan memperlihatkan udara bebas dalam rongga peritoneum, udara bebas retroperitoneal dekat duodenum, corpus alienum, perubahan gambaran usus.

C) *IVP (Intravenous Pyelogram)*

Karena alasan biaya biasanya hanya dimintakan bila ada persangkaan trauma pada ginjal.

D) *Pemeriksaan Ultrasonografi dan CT-scan*

Bereuna sebagai pemeriksaan tambahan pada penderita yang belum dioperasi dan disangsikan adanya trauma pada hepar dan retroperitoneum.

3. Pemeriksaan khusus

A) *Abdominal paracentesis*

Merupakan pemeriksaan tambahan yang sangat berguna untuk menentukan adanya perdarahan dalam rongga peritoneum. Lebih dari 100.000 eritrosit/mm dalam larutan NaCl yang keluar dari rongga peritoneum setelah dimasukkan 100—200 ml larutan NaCl 0.9% selama 5 menit, merupakan indikasi untuk laparotomi.

B) *Pemeriksaan laparoskopis*

Dilaksanakan bila ada akut abdomen untuk mengetahui langsung sumber penyebabnya.

C) Bila dijumpai perdarahan dan anus perlu dilakukan rektosigmoidoskopi.

D) Pemasangan *nasogastric tube (NGT)* untuk memeriksa cairan yang keluar dari lambung pada trauma abdomen.

Dari data yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tambahan dan pemeriksaan khusus dapat diadakan analisis data untuk memperoleh diagnosis kerja dan masalah-masalah sampingan yang perlu diperhatikan. Dengan demikian dapat ditentukan tujuan pengobatan bagi penderita dan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencapai tujuan pengobatan.

TUJUAN PENGOBATAN

Dapat dibagi dua :

- 1) Penyelamatan jiwa penderita
- 2) Meminimalisasi kemungkinan terjadinya cacat dalam fungsi fisiologis alat pencernaan penderita.

Biasanya langkah-langkah itu terdiri dari :

- 1) Tindakan penanggulangan darurat
- A) Berupa tindakan resusitasi untuk memperbaiki sistem pernafasan dan kardiovaskuler yang merupakan tindakan penyelamatan jiwa penderita. Bila sistem vital penderita sudah stabil dilakukan tindakan lanjutan berupa (B) dan (C).
- B) Restorasi keseimbangan cairan dan elektrolit.
- C) Pencegahan infeksi dengan pemberian antibiotika.
- 2) Tindakan penanggulangan definitif

Tujuan pengobatan di sini adalah :

- 1) Penyelamatan jiwa penderita dengan menghentikan sumber perdarahan.
- 2) Meminimalisasi cacat yang mungkin terjadi dengan cara :

- a. menghilangkan sumber kontaminasi.
- b. meminimalisasi kontaminasi yang telah terjadi dengan membersihkan rongga peritoneum.
- c. mengembalikan kontinuitas passage usus dan menyelamatkan sebanyak mungkin usus yang sehat untuk meminimalisasi cacat fisiologis.

Tindakan untuk mencapai tujuan ini berupa operasi dengan membuka rongga abdomen yang dinamakan laparotomi.

Laparotomi eksplorasi darurat

A) Tindakan sebelum operasi

1. Keadaan umum sebelum operasi setelah resusitasi sedapat mungkin harus stabil. Bila ini tidak mungkin tercapai karena perdarahan yang sangat besar, dilaksanakan operasi langsung untuk menghentikan sumber perdarahan.
2. Pemasangan NGT (*nasogastric tube*)
3. Pemasangan *dauer-katheter*
4. Pemberian antibiotika secara parenteral pada penderita dengan persangkaan perforasi usus, shock berat atau trauma multipel.
5. Pemasangan *thorax-drain* pada penderita dengan fraktur iga, haemothoraks atau pneumothoraks.

B) Insisi laparotomi untuk eksplorasi sebaiknya insisi median atau para median panjang.

C) Langkah-langkah pada laparotomi darurat adalah :

1. Segera mengadakan eksplorasi untuk menemukan sumber perdarahan.
2. Usaha menghentikan perdarahan secepat mungkin.
Bila perdarahan berasal dari organ padat penghentian perdarahan dicapai dengan tampon abdomen untuk sementara.
Perdarahan dari arteri besar hams dihentikan dengan penggunaan klem vaskuler.
Perdarahan dari vena besar dihentikan dengan penekanan langsung.
3. Setelah perdarahan berhenti dengan tindakan darurat diberikan kesempatan pada anestesi untuk memperbaiki volume darah.
4. Bila terdapat perforasi atau laserasi usus diadakan penutupan lubang perforasi atau reseksi usus dengan anastomosis.
5. Diadakan pembersihan rongga peritoneum dengan irigasi larutan NaCl fisiologik.
6. Sebelum rongga peritoneum ditutup harus diadakan eksplorasi sistematis dari seluruh organ dalam abdomen mulai dari kanan atas sampai kiri bawah dengan memperhatikan daerah retroperitoneal duodenum dan bursa omentalis.
7. Bila sudah ada kontaminasi rongga peritoneum digunakan *drain* dan subkutis serta kutis dibiarkan terbuka.

KEPUSTAKAAN

1. Baker RJ. Acute abdominal pain. Manual of Surgical Therapeutics. 5th ed. Asian Ed. Boston: Little, Brown and Co, p. 97-110.
2. Darin JC. Abdominal injury. Manual of Surgical Therapeutics. 5th ed. Asian Ed. Boston: Little, Brown and Co, p. 26-32.
3. Dennis C. Intestinal Obstruction. Shafter & Gardner Quick Reference to Surgical Emergencies. Lippincott. p. 201-206.
4. Gleysteen JJ, Condon RE. Intestinal Obstruction. Manual of Surgical Therapeutics. 5th ed. Asian Ed. Boston: Little, Brown and Co, p. 117-135.

Trauma Wajah, Luka Bakar dan Luka Avulsi

Buchari Kasim

Bagian Ilmu Bedah Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik, Medan

PENDAHULUAN

Dalam gawat darurat bedah, kasus terutama saat ini adalah luka akibat kecelakaan. Di antara kasus-kasus kecelakaan, trauma wajah, luka bakar dan luka avulsi merupakan kasus yang sehari-dijumpai dalam pelayanan kesehatan dasar, namun jenis luka ini mempunyai masalah yang dapat menimbulkan cacat (deformitas).

Sesuai dengan perkembangan ilmu bedah dan meningkatnya kebutuhan masyarakat, pengelolaan trauma pada daerah permukaan luar tubuh ini seyogyanya mengikuti pola dasar pengelolaan secara bedah plastik.

Penyegaran pengetahuan dalam pengelolaan ketiga jenis trauma ini yang setiap saat kemungkinan dijumpai dalam gawat darurat bedah, diharapkan dapat dimanfaatkan dan diterapkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat di daerah yang semakin meningkat kebutuhannya dan semakin maju.

TUJUAN PENGELOLAAN

Tujuan pengelolaan luka wajah, luka bakar dan luka avulsi dalam gawat darurat bedah, walaupun prioritas pertama menyelamatkan hidup (*life saving*) penderita, tetapi tindakan yang efektif dan mantap pada awal kedaruratan akan sekaligus menyelamatkan kehidupan (*life saving*) penderita di kemudian hari.

Pada masa dini kecelakaan, secara bedah plastik sudah dikembangkan pengelolaan yang tepat agar dapat dihindari atau dikurangi kemungkinan timbulnya cacat yang akan mengganggu mutu kehidupan penderita. Walaupun penderita dischamatitan dari mortalitas pada awal gawat darurat bedah, tetapi luka kemudian mendapat morbiditas berupa cacat, akan mengganggu kenyamanan psikologik dan lingkungan sosial kehidupannya seperti keluarga atau masyarakat sekitarnya.

Dalam tujuan pengelolaan ketiga jenis trauma ini, aspek psikososial penderita mutlak diperhatikan, apalagi dalam pela-

nyanan kebutuhan masyarakat yang semakin menuntut nilai-nilai kesempurnaan dan kecanggihan.

TRAUMA WAJAH

Tergantung besarnya gaya kecelakaan dari luar, trauma wajah sering bersamaan dengan cedera kepala (*trauma capitis*).

Jika prioritas pertama kedaruratan bedah yang mengancam nyawa penderita sudah dapat disingkirkan, seperti gangguan pernafasan dan perdarahan yang hebat, penanganan luka wajah diarahkan kepada :

1. Luka jaringan lunak (*soft tissue wound*).

Penanganan di sini bertujuan utama mengembalikan bentuk dan penampilan wajah yang seminimal mungkin menimbulkan cacat dan keluhan estetik.

2. Luka jaringan keras, dikenal sebagai patah tulang rahang wajah (*maxillofacial fracture*).

Tujuan utama penanganan adalah mengembalikan fungsi pengunyahan (*mastikasi*) di samping masalah estetik wajah.

Tergantung besarnya gaya, luka wajah dapat timbul sekali-gus mengenai jaringan lunak dan jaringan keras.

Luka Jaringan Lunak

Penanganan luka wajah, sepanjang mengenai penjahitan luka, masih dapat ditangguhkan kecuali dalam hal penderita atau keluarga sangat cemas terhadap luka dan cacat wajah. Umumnya luka masih dapat dijahit primer dalam waktu 24—36 jam, mengingat perdarahan di wajah cukup baik dan proses penyembuhan luka wajah lebih cepat.

Setiap luka wajah diperlakukan secara eksklusif dan individual. Penjahitan dan penempatan garis luka, kadang-kadang memerlukan daya kreasi dari dokter dalam menyesuaikan dengan garis keserasian wajah. Walaupun luka relatif kecil, tetapi jika terletak pada daerah strategis seperti kelopak mata, hidung, bibir, dahi dan pipi akan sangat mempengaruhi penampilan dan