

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Peritonis

Peritonitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi atau kondisi aseptik pada selaput organ perut (peritoneum) (Japanesa, 2016). Peritonitis adalah inflamasi lapisan peritoneum-lapisan membran serosa rongga abdomen dan meliputi viresela. Biasanya, akibat dari infeksi bakteri : organisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduksi internal (A. Nurarif, 2015).

Peritonitis adalah peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti apendik, pancreatitis, *rupture appendiks*, *perforasi* atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Dapat disimpulkan peritonitis adalah peradangan yang terjadi pada peritoneum akibat infeksi bakteri dari saluran gastrointestinal.

2.1.2 Anatomi

Peritoneum adalah membrane tipis, halus, dan lembab yang terdapat dalam rongga abdomen dan menutupi organ-organ abdomen. Peritoneum merupakan membrane serosa yang terdiri dari lapisan jaringan ikat. Peritoneal parietal melanjutkan diri ke bawah yang membatasi pelvis dan peritoneum visceral meliputi

organ-organ dalam peritoneum. Ruang potensial yang terdapat antara lapisan parietal dan viseral dinamakan rongga peritoneal, pada pria rongga ini tertutup. Tetapi pada wanita rongga ini terdapat hubungan dengan dunia luar (tuba uterine, uterus dan vagina), mempunyai ostium kecil ujung yang bebas ke dalam kavitas peritoneal, merupakan jalan masuk dari ovum. Peritoneal mempunyai dua yaitu kantong besar terbentang seluruh abdomen mulai dari diafragma sampai ke pelvis dan kantong kecil terletak di belakang lambung. Daerah khusus peritoneum:

- a. Mesenterium : lipatan peritoneum berlapis ganda yang melekat pada bagian usus ke dinding posterior abdomen. Mesenterium terdiri dari mesenterium usus halus, mesokolon transversum dan mesokolon sigmoid.
- b. Omentum : lipatan peritoneum berlapis ganda yang melekat pada lambung, omentum mayus, kurvatura mayor, tergantung seperti tirai pada ruang lekukan usus halus dan dinding abdomen anterior. Omentum mayus melipat kembali dan melekat pada tepi bawah kolon transversum. Omentum minus menghubungkan kurvatura mayor lambung dengan permukaan bawah hati.
- c. Ligamentum peritoneal : lipatan peritoneum berlapis ganda melekat pada dinding abdomen, berhubungan dengan tulang, hati, ligamentum falsiformis ke dinding abdomen.

- d. Sakus minor : bagian dari rongga peritoneal yang terletak disebelah belakang lambung
- e. Rongga peritoneum : merupakan rongga potensial yaitu suatu yang terdesak oleh organ abdomen sehingga peritoneum parietalis dan peritoneum viseral dapat teraba.

Fungsi peritoneum :

- a. Tempat melekatnya organ-organ ke dinding abdomen
- b. Membentuk pembatas yang halus sehingga mempermudah organ-organ untuk saling bergerak dan tidak saling bergesekan
- c. Mempermudah pembuluh-pembuluh darah dan saraf untuk mencapai organ-organ tanpa harus dililit oleh lemak dan mengalami penekanan pada peritoneum
- d. Tempat kelenjar limfe dan pembuluh darah menutupi area yang terinfeksi dengan omentum mayor
- e. Menjaga kedudukan dan mempertahankan hubungan organ terhadap dinding posterior abdomen (Syaifuddin, 2013).

2.1.3 Klasifikasi

- a. Peritonitis primer

Terjadi biasanya pada anak dengan sindrom nefritis atau sirosis hati lebih banyak terdapat pada anak perempuan daripada laki-laki. Peritonitis terjadi tanpa adanya sumber

infeksi dirongga peritoneum, kuman masuk ke rongga peritonium melalui aliran darah atau pada pasien perempuan melalui saluran genitalia (A. Nurarif, 2015).

b. Peritonitis sekunder

Peritonitis sekunder bila kuman masuk ke rongga peritonium dalam jumlah yang cukup banyak dari lumen saluran cerna peritonium biasanya dapat masuk bakteri melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman masuk secara terus menerus akan terjadi peritonitis, apabila ada rangsangan kimiawi karena masuknya asam lambung, makanan, tinja, Hb dan jaringan nekrotik atau bila imunitas menurun. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, sering kuman-kuman aerob dan anaerob, peritonitis juga sering terjadi bila ada sumber intra peritoneal seperti appendiktitis, divertikulitis, salpingitis, kolesistitis, pankreatitis, dan sebagainya. Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna/perforasi setelah endoskopi, kateterisasi, biopsi, atau polipektomi endoskopik, tidak jarang pula setelah perforasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna, tertelannya benda asing yang tajam juga dapat menyebabkan perforasi dan peritonitis (A. Nurarif, 2015).

- c. Peritonitis karena pemasangan benda asing ke dalam rongga peritoneum yang menimbulkan peritonitis adalah :
 - a) Kateter ventrikulo (peritoneal yang dipasang pada pengobatan hidrocefalus)
 - b) Kateter peritoneal (jugular untuk mengurangi asites)
 - c) *Continuous ambulatory peritoneal dialysis* (A. Nurarif, 2015).

2.1.4 Etiologi

Menurut (Haryono, 2012) menyebutkan penyebab peritonitis, antara lain:

- a. Infeksi bakteri
 - 1) Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal
 - 2) Appendisitis yang meradang dan perforasi
 - 3) Tukak peptik (lambung/duodenum)
 - 4) Tukak thypoid
 - 5) Tukak disentri amuba/colitis
 - 6) Tukak pada tumor
 - 7) Salpingitis
 - 8) Divertikulitis

Kuman yang paling sering adalah bakteri E. Coli, streptokokus μ dan b hemolitik, stapilokokus aurens,

enterokokus, dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

b. Secara langsung dari luar

- 1) Operasi yang tidak steril
- 2) Terkontaminasi *talcum venetum*, *lycopodium*, *sulvonamida*, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatososa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis grranulomatososa serta merupakan peritonitis lokal.
- 3) Secara hematogen sebgaai komplikasi beberrapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonepritis. Penyebab utama adalah streptokokus atau pnemokokus.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut (Haryono, 2012) menyebutkan tanda dan gejala peritonitis, antara lain :

- a. Syok (neurogenik, hipovolemik atau septik) terjadi pada beberapa penderita peritonitis umum
- b. Demam
- c. Distensi abdomen

- d. Nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, difus, atrofi umum, tergantung pada perluasan iritasi peritonitis
- e. Bising usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya
- f. Nausea
- g. Vomiting
- h. Penurunan peristaltik

2.1.6 Patofisiologi

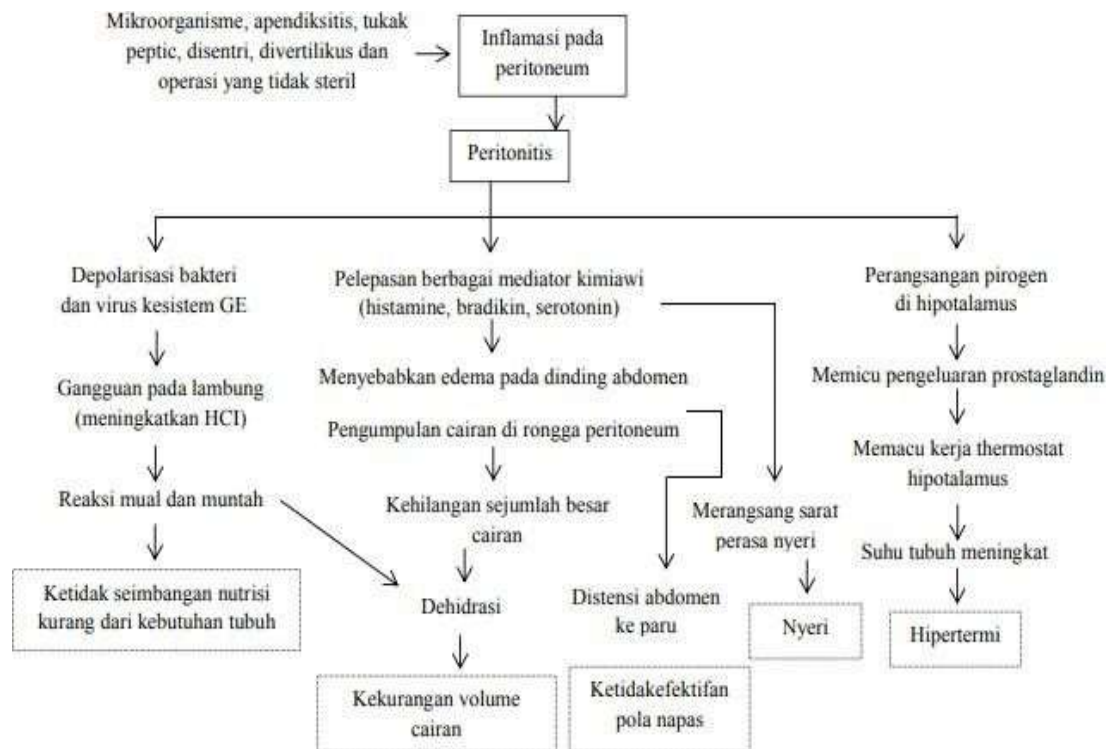
Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen kedalam rongga abdomen, biasanya diakibatkan dan peradangan iskemia, trauma, atau perforasi tumor, peritoneal diawali terkontaminasi material. Awalnya material masuk kedalam rongga abdomen adalah steril kecuali pada kasus peritoneal dialysis tetapi dalam beberapa jam terjadi kontaminasi bakteri. Akibatnya timbul edema jaringan dan pertambahan eksudat. Cairan dalam rongga abdomen menjadi keruh dengan bertambah sejumlah protein, sel-sel yang rusak dan darah.

Respon yang segera dari saluran intestinal adalah hipermotil tetapi segera diikuti oleh ileus paralitik dengan penimbunan udara dan cairan dalam usus besar. Timbulnya peritonitis adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat

penyebaran infeksi. Reaksi awal peritoneum terhadap invasi oleh bakteri adalah keluarnya eksudat fibrinosa. Kantong-kantong nanah (abses) terbentuk diantara perlengketan fibrosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi.

Bila bahan yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum atau menyebar dapat timbul peritonitis umum. Perkembangan tersebut dapat aktivasi peristaltic berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit hilang kedalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oliguria, perlekatan dapat terbentuk antara lengkung-lengkung usus yang meregang dan dapat mengganggu pulihnya pergerakan usus dan mengakibatkan obstruksi usus. Gejala berbeda-beda tergantung luas peritonitis, beratnya peritonitis, dan jenis organisme yang bertanggungjawab. Gejala utama adalah sakit perut (biasanya terus menerus), muntah dan abdomen yang tegang, kaku, nyeri, dan tanpa bunyi, demam dan leukositosis sering terjadi (Padilla, 2012).

Pathway peritonitis



(Padila, 2012)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

(Haryono, 2012) menyebutkan pemeriksaan penunjang pada peritonitis, antara lain :

- a. Tes laboratorium
 - a) Leukositosis
 - b) Hematokrit meningkat
 - c) Asidosis metabolik
- b. X-ray

Foto polos abdomen 3 posisi (anterior, posterior, lateral), didapatkan:

- a) Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis
- b) Usus halus dan usus besar dilatasi
- c) Udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip umum pengobatan adalah mengistirahatkan saluran cerna dengan memuaskan pasien, pemberian antibiotik yang sesuai, dekompresi saluran cerna dengan penghisapan nasogastrik atau intestinal, penggantian cairan dan elektrolit yang hilang yang dilakukan secara intravena, pembuangan fokus septik (apendiks) atau penyebab radang lainnya, bila mungkin dengan mengalirkan nanah keluar dan tindakan tindakan menghilangkan nyeri.

Prinsip umum dalam menangani infeksi intraabdominal ada 4, antara lain:

- a. Kontrol infeksi yang terjadi
- b. Membersihkan bakteri dan racun
- c. Memperbaiki fungsi organ
- d. Mengontrol proses inflamasi

Eksplorasi laparotomi segera perlu dilakukan pada pasien dengan akut peritonitis (A. Nurarif, 2015).

2.2 Laparotomi

2.2.1 Definisi Laparotomi

Laparotomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (perdarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi) .

Laparotomi adalah prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2016).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa laparotomi adalah tindakan pembedahan membuka rongga perut untuk melakukan perbaikan.

2.2.2 Klasifikasi

- a. *Midline incision*
- b. Paramedian, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm)
- c. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu: insisi dibagian atas.

- d. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu ; insisi melintang dibagian bawah \pm 4 cm diatas anterior spinal iliaka (Padila, 2012).

2.2.3 Indikasi Laparotomi

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / rupture hepar.
- b. Peritonitis
- c. Perdarahan saluran pencernaan
- d. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e. Masa pada abdomen (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2016).

2.2.4 Komplikasi Laparotomi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis. Tromboflebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli keparu-paru, hati dan otak.
- b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positive. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan.

- c. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka sedangkan eviserasi adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Factor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah (Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2016).

2.2.5 Proses Penyembuhan Luka

- a. Fase pertama

Berlangsung pada hari ke-3. Batang leukosit banyak yang rapuh/rusak. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabutserabut bening digunakan sebagai kerangka.

- b. Fase kedua

Dari hari ke-3 sampai hari ke-14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

- c. Fase ketiga

Sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus menerus ditimbun. Timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

d. Fase keempat

Fase terakhir, penyembuhan akan menyusut dan mengering (Padila, 2012).

2.2.6 Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- b. Mempercepat pembedahan
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin
- d. Mempertehankan konsep diri pasien
- e. Mempersiapkan pasien pulang (Padila, 2012).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan. Di sini, semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan secara holistik dengan memperhatikan aspek psikologis, biologis, spiritual klien dan sosial.

Tujuan pengkajian yaitu untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar dari klien. Metode utama yang tersedia untuk pengumpulan data adalah

observasi, wawancara, diagnosis, dan pemeriksaan fisik (Wedjo, 2019).

a. Identitas pasien

Pada tahap ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat rumah, agama atau kepercayaan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan tanggal MRS (Masuk Rumah Sakit).

b. Keluhan utama

Pada pasien dengan peritonitis sering sekali mengeluh nyeri pada bagian abdomen atau perut. Selain hal tersebut kaji lebih dalam atau tanyakan pada klien kapan nyeri tersebut muncul, nyeri menyebar atau tidak, bagaimana kualitas nyeri serta apakah yang menyebabkannya nyeri tersebut muncul.

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan dan kronologis klien datang ke pelayanan kesehatan. Klien dengan peritonitis umumnya mengalami nyeri pada bagian perut yang akan hilang dengan sendirinya. Selain keluhan nyeri pada bagian perut klien dengan peritonitis juga mengalami demam atau menggigil dengan suhu mencapai 38°C, perut terasa kaku, mual, dan muntah, kesulitan buang air besar (BAB),

kehilangan nafsu makan, terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen, serta perasaan haus terus menerus.

d. Riwayat penyakit dahulu

Kaji atau tanyakan kepada klien terkait penyakit yang sebelumnya pernah dialami, apakah ada penyakit yang terhubung dengan kondisi yang saat ini dialami oleh klien.

e. Riwayat penyakit keluarga

Kaji riwayat penyakit yang dialami oleh keluarga baik penyakit menular atau penyakit tidak menular. Tanyakan kepada keluarga apakah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang saat ini dialami oleh klien.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*Physical Examination*) yang terdiri dari:

- a) Inspeksi, yaitu: teknik yang dapat dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- b) Palpasi, yaitu: suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba.

Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah:

1. Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai
 2. Tangan harus dalam keadaan kering, hangat, kuku pendek
 3. Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling akhir
- c) Perkusi, adalah: pemeriksaan yang dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk: mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: Sonor, Redup, Pekak, Hipersonor/timpani.
- d) Auskultasi, adalah: pemeriksaan yang dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Permeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post laparatomi, antara lain, sebagai berikut.

- a) Keadaan umum

Kesadaran dapat compos mentis sampai koma tergantung beratnya kondisi penyakit yang dialami, tanda-tanda vital biasanya normal kecuali bila ada komplikasi lebih lanjut, badan tampak lemas.

b) Sistem pernapasan

Terjadi perubahan pola dan frekuensi pernapasan menjadi lebih cepat akibat nyeri, penurunan ekspansi paru.

c) Sistem kardiovaskuler

Mungkin ditemukan adanya perdarahan sampai syok, tanda-tanda kelemahan, kelelahan yang ditandai dengan pucat, mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tekanan darah dan nadi meningkat.

d) Sistem pencernaan

Mungkin ditemukan adanya mual, muntah, perut kembung, penurunan bising usus karena puasa, penurunan berat badan, dan konstipasi.

e) Sistem perkemihan

Jumlah output urin sedikit karena kehilangan cairan tubuh saat operasi atau karena adanya muntah. Biasanya terpasang kateter.

f) Sistem endokrin

Dikaji riwayat dan gejala-gejala yang berhubungan dengan penyakit endokrin, periksa ada tidaknya pembesaran tiroid dan kelenjar getah bening. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem endokrin.

g) Sistem persarafan

Dikaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi nervus kranialis. Biasanya tidak ada kelainan pada sistem persarafan.

h) Sistem integumen

Adanya luka operasi pada abdomen. Mungkin turgor kulit menurun akibat kurangnya volume cairan.

i) Sistem muskuloskeletal

Biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak akibat nyeri.

j) Sistem penglihatan

Diperiksa kesimetrisan kedua mata, ada tidaknya sekret/lesi, reflek pupil terhadap cahaya, visus (ketajaman penglihatan). Biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan pada sistem penglihatan.

k) Sistem pendengaran

Amati keadaan telinga, kesimetrisan, ada tidaknya sekret/lesi, ada tidaknya nyeri tekan, uji kemampuan pendengaran dengan tes Rinne, Webber, dan Schwabach. Biasanya tidak ada keluhan pada sistem pendengaran.

g. Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium :

- a) Elektrolit: dapat ditemukan adanya penurunan kadar elektrolit akibat kehilangan cairan berlebihan
- b) Hemoglobin: dapat menurun akibat kehilangan darah
- c) Leukosit: dapat meningkat jika terjadi infeksi

h. Terapi

Biasanya klien *post laparotomy* mendapatkan terapi analgetik untuk mengurangi nyeri, antibiotik sebagai anti mikroba, dan antiemetik untuk mengurangi rasa mual.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada kasus peritonitis, yaitu :

1. Nyeri akut (D.077) b.d agen pencedera fisiologis (cedera pada organ peritoneum) d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, sulit tidur, frekuensi nadi meningkat, bersikap protektif, gelisah, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, dan nafsu makan berubah.
2. Pola nafas tidak efektif (D.0005) b.d hiperventilasi (penurunan ekspansi paru) d.d dispnea, fase ekspansi memanjang, penggunaan otot bantu pernafasan, penurunan kapasitas vital, pernafasan cuping hidung, pola nafas abnormal, dan takipnea.
3. Hipertermia (D.0130) b.d proses penyakit (inflamasi) d.d suhu tubuh diatas normal, kulit merah, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.
4. Defisit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient d.d kram atau nyeri abdomen, nafsu makan menurun, berat badan menurun min 10% dibawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, membran mukosa pucat, dan otot menelan lemah.

5. Risiko infeksi (D.0142) d.d efek prosedur invasif.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri akut (D.0077)	SLKI (L.08066) Tingkat nyeri Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan Kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas dari skala 2 (cukup menurun) ke skala 5 (meningkat) 2. Keluhan nyeri dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 3. Meringis dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 4. Gelisah dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 5. Sulit tidur dari 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non verbal Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi napas dalam) 5. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Jelaskan strategi meredakan

		skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun)	<p>nyeri</p> <p>8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Pola nafas tidak efektif (D.0005)	<p>SLKI (L.01004)</p> <p>Pola nafas</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola nafas membaik dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pola nafas (L.01004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspnea dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 2. Penggunaan otot bantu nafas dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 3. Frekuensi nafas dari skala 2 (cukup memburuk) ke 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2. Monitor bunyi napas tambahan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan <i>head-till</i> dan <i>chin-lift</i> 2. Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i> 3. Berikan minuman hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Berikan oksigen, jika

		skala (membaik)	5	perlu Edukasi 6. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 7. Ajarkan abtuk efektif Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, dan mukolitik, jika perlu
3.	Hipertermia (D.0131)	SLKI (L.14134) Termoregulasi Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan Kriteria hasil : Termoregulasi (L.14134) 1. Menggigil dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 2. Suhu tubuh dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik) 3. Suhu kulit dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik) 4. Pucat dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun)		Manajemen hipertermia (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Berikan cairan oral 9. Lakukan pendinginan eksternal (mis kompres pada dahi, dada,

			abdomen, dan aksila)
		Edukasi	10. Anjurkan tirah baring
		Kolaborasi	11. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit
4.	Defisit nutrisi (D.0019)	SLKI (I.03030) Status nutrisi Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan Kriteria hasil : Status nutrisi (L.03030) <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri abdomen dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 2. Berat badan dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik) 3. IMT dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik) 4. Frekuensi makan dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik) 5. Nafsu makan dari skala 2 	Manajemen nutrisi (I.15506) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan 6. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 7. Lakukan oral hygiene sebelum makan 8. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai 9. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 10. Berikan makanan tinggi

		(cukup memburuk) ke skala 5 (membaik)	kalori dan tinggi protein
		Bising usus dari skala 2 (cukup memburuk) ke skala 5 (membaik)	Edukasi 11. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Kolaborasi 12. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jensi nutrient yang dibutuhkan
5.	Risiko infeksi (D.0142)	SLKI (L.14137) Tingkat infeksi Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) 1. Demam dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 2. Kemerahan dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 3. Nyeri dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5 (menurun) 4. Bengkak dari skala 2 (cukup meningkat) ke skala 5	Pencegahan infeksi (L.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

(menurun)	8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
	9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
	10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, yang didefinisikan dalam berbagai perspektif. Berikut ini beberapa pengertian nyeri yang dikutip dari Sulistyo Andarmoyo (2017), antara lain: Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri (Association for The Study of Pain, IASP, 1979) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan. Arthur C. Curton (1983) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Melzack dan Wall (1988) mengatakan bahwa nyeri adalah pengalaman pribadi, subjektif, yang dipengaruhi oleh budaya,

persepsi seseorang, perhatian, dan variabel-variabel psikologis lain, yang mengganggu perilaku berkelanjutan dan memotivasi setiap orang untuk menghentikan rasa tersebut.

Dapat disimpulkan bahwa nyeri adalah sensasi tidak nyaman yang disebabkan oleh kerusakan jaringan.

2.4.2 Klasifikasi Nyeri

a. Nyeri berdasarkan durasi

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut ialah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2017).

b) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak

memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya (Andarmoyo, 2017).

b. Nyeri berdasarkan asal

a) Nyeri nosiseptif

Nyeri Nosiseptif (*nociceptive pain*) merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus *noxious*.

Nyeri nosiseptif perifer dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain lain. Hal ini dapat terjadi pada nyeri post operatif dan kanker. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri nosiseptif merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri nosiseptif yang mengenai daerah perifer dan letaknya lebih terlokalisasi (Andarmoyo, 2017).

b) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti rasa terbakar, *tingling*, *shooting*, *shock like*,

hypergesia, atau allodynia. Nyeri neuropatik dari sifat nyerinya merupakan nyeri kronis (Andarmoyo, 2017).

2.4.3 Penatalaksanaan Nyeri

a. Strategi penatalaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesic narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Ada tiga jenis analgesic, yakni

- a) non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID),
- b) analgetik narkotik atau opiate, dan
- c) obat tambahan (Adjuvan).

b. Strategi penatalaksanaan nyeri non farmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan independent dari seorang perawat dalam mengatasi respons nyeri klien. Manajemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam seperti bimbingan antisipasi,

kompres panas atau dingin, TENS, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupunktur, dan masase.

2.5 Manajemen Nyeri Distraksi Menonton Video Kartun

Penggunaan teknik nonfarmakologi memberikan dampak yang cukup berarti dalam manajemen nyeri pada anak. Agar nyeri lebih dapat ditoleransi dan situasi dapat terkontrol oleh anak, maka dapat digunakan metode nonfarmakologi atau di sertai dengan metode farmakologi (Sarfika, 2015).

Distraksi adalah metode atau teknik yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dengan mengalihkan perhatian klien dari nyeri (Asmadi, 2008). Salah satu teknik distraksi yang dapat dilakukan pada anak dalam penatalaksanaan nyeri adalah menonton kartun animasi (Wong, 2009). Pada film kartun animasi terdapat unsur gambar, warna, dan cerita sehingga anak-anak menyukai menonton film kartun animasi. Ketika anak lebih fokus pada kegiatan menonton film kartun, hal tersebut membuat impuls nyeri akibat adanya cedera tidak mengalir melalui tulang belakang, pesan tidak mencapai otak sehingga anak tidak merasakan nyeri (Windura, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh James dkk. (2012) pada anak usia 3– 6 tahun, menunjukkan anak yang diberikan teknik distraksi menonton kartun animasi mengalami nyeri hal tersebut terlihat dari respon perilakunya. Adanya perbedaan rata-rata skala nyeri yang disignifikan antara anak yang diberikan teknik distraksi

menonton video kartun animasi dengan anak yang tidak diberikan tehnik distraksi saat merasakan nyeri.

Berdasarkan uraian diatas, perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dalam mengatasi rasa ketidaknyamanan yang dialami oleh anak selama di rumah sakit, sehingga diperlukan upaya untuk mengurangi nyeri tersebut dengan cara nonfarmakologi seperti pemberian tehnik distraksi dalam pengalihan rasa nyeri.

Pemutaran video kartun diberikan pada saat anak merasakan nyeri dan setelah pemberian obat analgesik. Jenis video yang diberikan berisi film animasi tentang edukasi sikat gigi, cara mencuci tangan dengan benar, dan lain-lain dengan waktu 10-15 menit.