

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
LAPARATOMI EKSPLORASI a.i PERITONITIS DENGAN  
NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH  
DR. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes  
Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh:**

**RAHADIYAN MUJA**

**NIM: AKX.16.110**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG 2019**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Rahadiyan Muja  
NPM : AKX.16.110  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh atau sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan

  
METERAI  
TEMPEL  
FC60BAFFB21637523  
6000  
ENAM RIBU RUPIAH  
Rahadiyan Muja

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
LAPARATOMI EKSPLORASI a.i PERITONITIS DENGAN  
NYERI AKUT DI RUMAH SAKIT  
DAERAH UMUM DR  
SLAMET GARUT**

**RAHADIYAN MUJA**

**AKX.16.110**

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji

Tanggal, Mei 2019

Menyetujui

**Pembimbing Utama**



**Ade Tika Herawati, M.Kep.**

**NIK: 10107069**

**Pembimbing Pendamping**



**Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.kep**

**NIK: 10104025**

**Mengetahui  
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep.**

**NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
LAPARATOMI EKSPLORASI a.i PERITONITIS DENGAN  
NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH  
DR. SLAMET GARUT**

Oleh:

**RAHADIYAN MUJA  
NIM : AKX.16.110**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima s  
Sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan pada program studi  
Diploma III keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

**Panitia Penguji**

Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep.

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
2. Sri Sulami, S.Kep.,MM
3. Vina Vitniawati,  
S.Kep.,Ners.,M.kep

.....  
.....  
.....  
.....

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua

R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

NIK 10107064

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD dr. Slamet Garut”** dengan sebaik - baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH,M,Pd, MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. R.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj.Tuti Suprapti,S,Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Adetika Herawati, M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini
5. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini

6. Staf Dosen dan Karyawan Prodi Diploma III Keperawatan Konsetrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung
7. dr. H. Maskut Farid MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Asep, S.Kep., Ners selaku CI Topaz, beserta Staf yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut .
9. Tn. D beserta keluarga dan Tn. R beserta keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
10. Ayahanda M.Ampera, SE,.MM Ibunda Minarni, dan adikku Nazwa Iqrami Sakinah dan Nazira Husnul Qotimah yang telah memberikan semangat, motivasi dan materi.
11. Para senior dan sahabatku khususnya Anggara, Aslam, Iceu, Munir, Idham, Abi Irsab, Wildan, Oci, Reza, Aldi, Lukman, Ariq, Anggas, Reno, dan Pram, Dhea, Vitri, Amelia, Rahma, Monik, Wahyu, Burung, Teman-teman seperjuangan angkatan XII 2016 yang berjuang bersama-sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya

membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, Maret 2019

Rahadiyan Muja

## ABSTRAK

**Latar belakang :** Peritonitis merupakan peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ *abdomen* seperti *appendik, pancreatitis, rupture appendiks, perforasi* atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis. Berdasarkan hasil data yang didapatkan oleh penulis dari rekam medik RSUD Dr.Slamet Garut di ruang topaz dari bulan Januari sampai dengan bulan November 2018, kejadian Peritonitis menduduki peringkat Sembilan penyakit bedah, yaitu 21 kasus (7,64%). Tindakan pembedahan laparotomi eksplorasi yang dilakukan mengakibatkan berbagai macam masalah keperawatan yang diantaranya berupa nyeri. Jika tidak segera ditangani nyeri dapat memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembalinya aktifitas klien. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah dengan Batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang klien peritonitis dengan nyeri akut. **Hasil :** setelah dilakukan tindakan keperawatan pada kasus 1 dan 2, masalah keperawatan berupa nyeri akut dapat teratasi. **Diskusi :** tidak terdapat perbedaan respon pasien terkait nyeri akut.

Keyword : *peritonitis, Nyeri akut, asuhan keperawatan.*

Daftar pustaka: BAB I-V, 14 Buku (2009-2015), 2 jurnal (2012-2016), 2 Website

## ABSTRACT

*Background: Peritonitis is an inflammation of the peritoneal cavity caused by inflammation of the abdominal organs such as appendicitis, pancreatitis, appendiceal rupture, perforation or gastric trauma and anastomosis. Based on the results obtained by the authors from the medical record of Dr. slamet Garut Hospital in the topaz room from January to November 2018, the incidence of peritonitis ranked as ranked as nine surgical diseases, namely 21 cases (7.64%). Exploration procedure surgery performed by various problems If it is not immediately resolved, it can extend the recovery period because the client's activities will be resettled. Method: Case studies to discuss a problem with detailed limits, have pickup data that contains and contains various sources of information. This case study was conducted on two peritonitis clients with acute pain. Results: after nursing actions in cases 1 and 2, nursing problems in the form of acute problems can be resolved. Discussion: there was no difference in patient response regarding acute pain.*

Keyword: *peritonitis, Nyeri akut, asuhan keperawatan*

*Bibliography : CHAPTER I-V, 10 Books (2009-2017), 2 Journals (2012-2016), 2 Web sites*

## DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstract .....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran .....	xvi
Daftar Lambang, Singkatan, dan istilah.....	xvii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>

2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Definisi Peritonitis .....	7
2.1.2 Anatomi Fisiologi Peritonitis .....	8
2.1.3 Bagian Klasifikasi Peritonitis.....	11
2.1.4 Etiologi.....	12
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	13
2.1.6 Pathofisiologi .....	14
2.1.7 Data Penunjang .....	15
2.1.8 Penatalaksanaan Medis .....	17
2.1.9 Discharge Planning .....	17
2.2 Laparatomi .....	18
2.2.1 Klasifikasi Laparatomi .....	18
2.2.2 Indikasi.....	18
2.2.3 Penatalaksanaan Keperawatan .....	19
2.2.4. Komplikasi Pasca Laparatomi.....	19
2.2.5 Proses Penyembuhan Luka .....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
2.3.1 Pengkajian.....	21
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	34
2.3.4 Implementasi .....	48
2.3.5 Evaluasi .....	48

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>63</b>
3.1 Desain Penelitian.....	63
3.2 Batasan Istilah .....	63
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	64
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	65
3.5 Pengumpulan Data .....	65
3.6 Uji keabsahan Data .....	66
3.7 Analisa Data .....	67
3.8 Etika Penelitian .....	69
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHAN .....</b>	<b>72</b>
4.1 Hasil .....	72
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data.....	72
4.1.2 Pengkajian .....	72
4.1.3 Analisa Data .....	86
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	90
4.1.5 Intervensi.....	83
4.1.6 Implementasi .....	97
4.1.7 Evaluasi .....	103
4.2 Pembahasan.....	103
4.2.1 Pengkajian .....	104
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	105
4.2.3 Perencanaan.....	110

4.2.4 Implementasi .....	115
4.2.5 Evaluasi .....	116
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>116</b>
5.1 Kesimpulan .....	118
5.2 Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Peritonis.....	8
-----------------------------------	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan .....	34
Tabel 2.2 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan .....	37
Tabel 2.3 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan .....	39
Tabel 2.4 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan IV .....	40
Tabel 2.5 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan V.....	42
Tabel 2.6 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan VI .....	46
Tabel 2.7 Tabel Intervensi dan Rasional Diagnosa Keperawatan VII.....	47
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	72
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	73
Tabel 4.3 Perubahan Aktivitas .....	74
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	75
Tabel 4.5 Data Psikologi.....	81
Tabel 4.6 Data Sosial .....	83
Tabel 4.7 Data Spritual .....	83
Tabel 4.8 Hasil Pemeriksaan Diagnostik.....	83
Tabel 4.9 Program dan Rencana Pengobatan.....	85
Tabel 4.10 Analisa data.....	85
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan .....	90
Tabel 4.12 Perencanaan .....	91

Tabel 4.13 Implementasi .....	96
Tabel 4.14 Evaluasi.....	102

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembar Bimbingan
- Lampiran 2 Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran 3 Jurnal
- Lampiran 4 SAP dan Leaflet
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pasien
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
DEPKES	: Departemen Kesehatan
Hb	: Hemoglob
Ht	: Hematokrit
IASP	: <i>International Association for the Study of</i>
ICS	: <i>Intercosta</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
IV	: Intravena
JVP	: <i>Jugulari Vena Preassure</i>
Kg	: Kilogram
Kp	: Kampung
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan

RI	: Republik Indonesia
RR	: <i>Respirasi Rate</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda Tanda Vital
WHO	: <i>Worl Health Organization</i>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Peritonitis merupakan peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ *abdomen* seperti *appendik*, *pancreatitis*, *rupture appendiks*, *perforasi* atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Peritonitis dapat bersifat lokal maupun generalisata, bakterial ataupun kimiawi dan peritonitis merupakan salah satu penyebab kematian tersering pada penderita bedah dengan mortalitas sebesar 10-40%. Dimana 90% merupakan peritonitis difus sekunder yang disebabkan oleh perforasi gastrointestinal sehingga menyebabkan komplikasi seperti sepsis, kegagalan multi organ dan syok (Wibisono,2014)

Menurut data *World Health Organization* (WHO) 2009, masyarakat yang menderita peritonitis sekitar 5,9 juta/tahunnya. Di Indonesia penyebab tersering dari peritonitis adalah perporasi appendiksitis, perporasi thyphus abdominalis, trauma organ. Pada keadaan normal, peritoneum resisten terhadap infeksi bakteri kontaminasi yang terus menerus, bakteri yang virulensinya tinggi, resisten yang menurun dan adanya benda asing atau enzim pencernaan aktif, merupakan factor – factor yang memudahkan terjadinya peritonitis. Jumlah pasien yang mengalami penyakit. Angka kejadian peritonitis hanya 3,5 % dari seluruh penyakit saluran pencernaan (Depkes RI,2011). Berdasarkan hasil data yang didapatkan oleh penulis dari rekam medik RSUD Slamet Garut di ruang topaz dari bulan Januari sampai dengan bulan November 2018,

kejadian Peritonitis menduduki peringkat Sembilan penyakit bedah, yaitu 21 kasus (7,64%).

Komplikasi yang terjadi pada peritonitis Jika tidak ditangani akan berdampak seperti sepsis, kegagalan multi organ dan syok (Dermawan, 2010). Prosedur operasi menjadi langkah medis umum untuk menangani peritonis, laparatomi eksplorasi.

Laparatomi eksplorasi merupakan tindakan dengan memotong pada dinding abdomen. Komplikasi setelah di lakukanya laparatomi eksplorasi mengakibatkan gangguan pada kebutuhan dasar manusia diantaranya nyeri akut, risiko kekurangan volume cairan, pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan, risiko terjadinya infeksi, konstipasi atau diare, gangguan integritas kulit, nyeri akut pasca operasi laparatomi dan dapat menyebabkan ansietas (Doengoes 2014).

Menurut Mustawan (2009) nyeri merupakan keluhan yang paling sering diungkapkan pasien dengan tindakan pembedahan atau operasi. Rasa nyeri terus menerus menyebabkan dampak fisik dan status fungsional seperti terjadinya hipertensi, takikardi, peningkatan iritabilitas miokardium dan peningkatan konsumsi oksigen dan produksi karbondioksida sehingga dapat memperburuk atau memicu iskemia miokardium, selain itu nyeri juga dapat memicu terjadinya stres yang berefek pada system imun tubuh dimana respon terhadap stress menghasilkan leukositosis dengan limfopenia yang menyebabkan pasien lebih mudah terkena infeksi. Berdasarkan masalah tersebut, maka perlu dilakukan

pengelolaan manajemen nyeri. Oleh karena itu peran perawat adalah memberikan edukasi Teknik relaksasi dan distraksi musik.

Berdasarkan data – data diatas penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis dengan judul “Asuhan Keperawatan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut Tahun 2019”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang ada, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut? ”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus dalam penulisan karya tulis ini, penulis berharap dapat melaksanakan hal sebagai berikut :

- 1.3.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.
- 1.3.2.2 Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang diperoleh pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.
- 1.3.2.3 Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.
- 1.3.2.4 Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, berikut dengan tujuan yang diharapkan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.
- 1.3.2.5 Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut.

## **1.4 Manfaat**

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca agar mengetahui asuhan keperawatan pada klien Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan nyeri akut..

Penulisan karya tulis ini juga berfungsi untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sesuai atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

#### 1.4.2 Manfaat Praktis

##### 1.4.2.1 Bagi perawat

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi menangani manajemen nyeri khususnya dalam penanganan nyeri pada klien dengan Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis*.

##### 1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk memberikan masukan perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pada pasien dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya untuk penurunan tingkat nyeri pada klien dengan Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis*.

##### 1.4.2.3 Bagi Institusi

Sebagai bahan referensi dan sumber informasi penelitian berikutnya yang terkait dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis*.

#### 1.4.2.4 Bagi Klien

Sebagai sumber informasi bagi klien agar mengetahui gambaran umum tentang Post Operasi *Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Teori

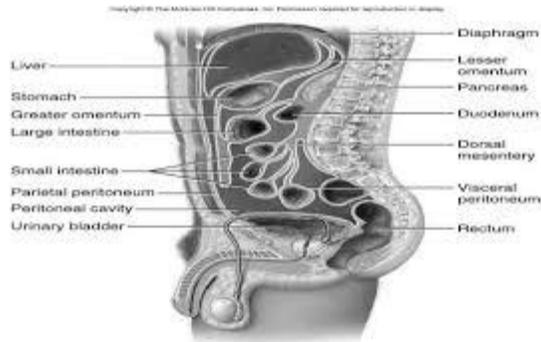
##### 2.1.1 Definisi Peritonitis

Peritonitis adalah suatu radang akut selaput perut, yang adalah lapisan dari rongga abdominal. Peritonitis adalah inflamasi peritoneum lapisan membran serosa rongga *abdomen* dan meliputi viresele. Biasanya, akibat dari infeksi bakteri: organisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduksi internal (Nurarif, Kusuma, 2015).

Peritonitis adalah peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ *abdomen* seperti *appendik*, *pancreatitis*, *rupture appendiks*, *perforasi* atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012).

Dapat disimpulkan bahwa peritonitis adalah peradangan pada lapisan rongga abdomen akibat infeksi bakteri dari saluran *gastrointestinal*.

## 2.1.2 Anatomi fisiologi peritonitis



**Gambar 2.1 anatomi peritonitis**

### 2.1.2.1 Anatomi

#### a. Peritoneum

Peritoneum adalah membran serosa rangkap yang terbesar di dalam tubuh yang terdiri dari bagian utama yaitu peritoneum parietal yang melapisi dinding rongga abdominal dan peritoneum visceral yang meliputi semua organ yang ada didalam rongga itu (Pearce, 2009). Peritoneum parietal yaitu bagian peritoneum yang melapisi dinding abdomen dan peritoneum yaitu lapisan yang menutup viscera (misalnya gaster dan intestinum). Cavitas peritonealis adalah ruangan sebuah potensi karena organ-organ tersusun amat berdekatan. Dalam cavitas terdapat sedikit cairan sebagai lapisan tipis untuk melumasi permukaan peritoneum sehingga memungkinkan viscera abdomen bergerak satu terhadap yang lain tanpa adanya gerakan.

Organ *intraperitoneal* adalah abdomen yang meliputi peritoneum vesiceral dan organ ekstraperitoneal (*retroperitoneal*) adalah vesicelera yang terletak antaran peritoneum pariatale dan dinding abdomen dorsal (Pearce, 2009).

1) Mesinterium

Yaitu lembaran ganda peritoneum yang berawal sebagai lanjutan peritoneum visceral pembungkus sebuah organ. Mesenterium berisi jaringan ikat yang berisi pembuluh darah, pembuluh limfe. (Pearce,2009).

2) Omentum

Yaitu lanjutan peritoneum *visceral bilaminar* yang melintasi gaster dan bagian proksimal duodenum ke struktur lain. Omentum terbagi menjadi 2 yaitu omentum minus dan omentum majus, omentum minus menghubungkan *curvatura minor* gaster dan bagian proksimal duodeneum dengan hepar dan ementum mencegah melekatnya peritoneum visceral pada peritoneum parietal yang melapisi dinding abdomen. Daya gerak omentum majus cukup besar dan dapat bergeser – geser keseluruhan *cavitas paritonealis* serta membungkus organ yang meradang seperti *appendiks vermiformis* artinya omentum majus dapat mengisolasi organ itu dan melindungi organ lain terhadap organ yang terinfeksi (Pearce, 2009).

### 3) Ligamentum Peritoneal

Yaitu lembar-lembar ganda peritoneum. Hepar dihubungkan pada dinding abdominum ventral oleh *ligamentum falciforme* dan aster dihubungkan pada permukaan kaudal diafragma oleh ligamentum gatrophenicul lien yang melipatkan balik pada hilum splenicum dan colon transversum oleh ligamentum gastroconicum. Plica peritonealis adalah peritoneum yang terangkat dari abdomen oleh pembuluh darah, saluran, dan pembuluh fetal yang telah mengalami obliterasi dan resucessus peritonealis adalah sebuah kantong peritoneal yang dibentuk oleh plica peritonealis (Pearce, 2009).

#### 2.1.2.2 Fisiologi

Peritoneum adalah membran serosa rangkap yang terbesar dalam tubuh. Peritoneum terdiri dari atas dua bagian yaitu peritoneum parietal dan peritoneum viseral. Ruang yang terdapat di antara dua lapisan ini disebut ruang peritoneal atau kantong peritoneum. Banyak lipatan atau kantong yang terdapat dalam peritoneum sebuah lipatan besar atau omentum mayor yang kaya akan lemak bergantung di sebelah depan lambung (Pearce, 2009). Omentum minor berjalan dari porta heparis setelah menyelaputi hati ke bawah kurvatura minor lambung dan di sini bercabang menyelaputi lambung. Peritoneum ini kemudian berjalan keatas dan berbelok kebelakang sebagai mesokolon ke arah posterior

abdomen dan sebagian peritoneum membentuk mesentrium usus halus. Omentum besar dan kecil, mesenterium sebagian besar organ-organ abdomen dan pelvis, dan membentuk perbatasan halus (Pearce, 2009)

### 2.1.3 Bagian dan Klasifikasi Peritonitis

#### a. Peritonitis primer

Peritonitis terjadi tanpa adanya sumber infeksi di rongga peritoneum, kuman masuk ke rongga peritoneum melalui aliran darah atau pada pasien perempuan melalui saluran alat genital.

#### b. Peritonitis sekunder

Peritonitis terjadi bila kuman masuk ke rongga peritoneum dalam jumlah yang cukup banyak. Biasanya dari lumen saluran cerna. 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 appendiksitis, diverticulitis, salpingitis, kolesistitis, pankreatitis, dan sebagainya.

#### 1) Peritonitis karena pemasangan benda asing kedalam rongga peritoneum yang menimbulkan peritonitis adalah:

a) Kateter ventrikulo-peritoneal yang dipasang pada pengobatan sefalus.

b) Kateter peritoneal-jugular untuk mengurangi asites.

c) *Continuous ambulatory peritoneal dialysis*.

(Amin huda nurarif, Hardhi Kusuma 2015)

#### **2.1.4. Etiologi**

Etiologi Peritonitis yang dikemukakan Padilla (2012) adalah:

a. Infeksi bakteri, disebabkan invasi/ masuknya bakteri kedalam rongga peritoneum pada saluran makanan yang mengalami perforasi.

Bakterinya sebagai berikut:

- 1) Mikroorganismen berasal dari penyakit saluran *gastrointestinal*.
- 2) Appendicitis yang meradang dan perforasi
- 3) *Tukak peptic* (lambung/duodenum)
- 4) *Tukak thypoid*
- 5) *Tukak disentri amuba/colitis*
- 6) Tukak pada tumor
- 7) *Salpingitis*
- 8) *Diverticulitis*

Kuman yang paling hemolitik, stafilokokus aureus, b dan  $\mu$  sering adalah bakteri coli, streptokokus enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

- 1) Secara langsung dari luar:
  - a) Operasi yang tidak steril.
  - b) Terkontaminasi talcum venectum, lycopedium, sulfonamide, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatosa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatosa serta merupakan peritonitis local.
  - c) Trauma pada kecelakaan seperti rupturs limpa, rupturs hati,
  - d) Melalui tuba fallopius seperti cacing enterobius vermikularis.  
Terbentuk pula peritonitis granulomatosa.
- 2) Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonephritis. Penyebab utama adalah streptokokus atau pneumokokus.
- 3) Peritonitis kimiawi  
Disebabkan keluarnya enzim pancreas, asam lambung, atau empedu sebagai akibat cedera/perforasi usus/saluran empedu.

#### **2.1.5. Manifestasi Klinis**

- a. Syok (*neurogenik, hipovolemik* atau septik)
- b. Demam, Distensi abdomen
- c. nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, difus atrofi umum,

tergantung pada perluasan iritasi *peritonitis*

- d. Bising usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya
- e. Nausea, Vomiting, penurunan peristaltic

(Amin huda nurarif, Hardhi Kusuma 2015)

#### **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 perleketaan 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* parolitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit hilang kedalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oliguria, perleketaan 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)

### **2.1.7. Data penunjang**

#### **a. Tes laboratorium**

- 1) Analisa gas darah (AGD) : Alkalosis respiratori dan asidosis mungkin ada.
- 2) Sel darah putih meningkat kadang-kadang lebih besar dari 20.000  
Sel darah merah mungkin meningkat, merupakan hemokonsentrasi.

- 3) Hemoglobin dan hematocrit mungkin rendah bila terjadi kehilangan darah.
  - a) Protein/ albumin serum : mungkin menurun karena penumpukan cairan (di intra abdomen).
  - b) Amilase serum : biasanya meningkat
  - c) Elektrolit serum : hypokalemia mungkin ada.
  - d) X-ray
    - (1) Foto polos abdomen 3 posisi (anterios, pascaerior, lateral) dan didapatkan:
      - (a) Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis
      - (b) Usus halus dan usus besar
      - (c) Udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi
    - (2) Foto dada : dapat menyatakan peninggian diafragma
      - (a) Paracentesis : contoh cairan peritoneal dapat mengandung darah, pus/eksudat, emilase, empedu dan kretinum.
      - (b) CT abdomen dapat menunjukkan pembentukan abses  
(Nurarif, Kusuma, 2015).

### **2.1.8. Penatalaksanaan**

Prinsip umum pengobatan adalah mengistirahatkan saluran cerna dengan memuasakan pasien, pemberian antibiotic yang sesuai, dekompresi saluran cerna dengan penghisapan nasogastric atau intestinal, penggantian cairan dan elektrolit yang hilang yang dilakukan secara intravena, pembuangan focus septic (apendik) atau penyebab radang lainnya, bila mungkin dengan mengalirkan nanah keluar dan tindakan-tindakan menghilangkan nyeri. (Nurarif, Kusuma, 2015).

Prinsip umum dalam menangani infeksi intra abdominal ada 4, antara lain:

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

Eksplorasi laparatomi segera perlu dilakukan pada pasien dengan akut peritonitis.

### **2.1.9. Discharge Planning**

- a. Hindari konsumsi makanan yang dapat menyebabkan penyakit.
- b. Hindari konsumsi alkohol dan merokok
- c. Konsultasikan dengan ahli gizi tentang pola makan yang benar
- d. Biasakan hidup bersih dan sehat
- e. Cucilah tangan sebelum dan sesudah aktivitas

- f. Jika pasca op konsultasikan dengan tenaga medis cara perawatan dan penanganan dirumah sehingga menghindarkan infeksi bertambah.  
(Nurarif, Kusuma, 2015)

## **2.2 Laparatomi**

Laparotomi adalah prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Jitowiyono, 2012). Sehingga dapat disimpulkan bahwa laparatomi adalah tindakan pembedahan membuka rongga perut untuk melakukan perbaikan.

### **2.2.1. Macam-macam laparatomi**

- 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**

- 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, 2010).

#### **2.2.4. Penatalaksanaan keperawatan**

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

#### **2.2.5. Komplikasi pasca laparatomi**

- 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, 2010)

#### **2.2.6. 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 serabut-serabut 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 mongering.

(Padila, 2012)

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasca Operasi Laparotomi Eksplorasi a.i Peritonitis**

Metode sistemik dimana secara langsung perawat dan klien secara bersamaan menentukan masalah keperawatan sehingga membutuhkan asuhan keperawatan, membuat perencanaan dan rencana implementasi serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan cara sistemik yang dilakukan oleh perawat Bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnose, perencanaan tindakan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah di berikan dan berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan (muttaqin,2011).

### **2.3.1. Pengkajian**

Klien dengan post Laparotomi eksplorasi biasanya terdapat gangguan nyeri akut dan kaji skala nyeri klien, anjurkan tehnik relaksasi ( Tucker dan wells, 2010). Pengkajian yang khas pada pasca operasi *laparotomi Eksplorasi* meliputi, sistem pernapasan, sirkulasi, tingkat kesadaran, rasa nyaman, dan psikologis (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010).

Adapun komponen-komponen pengkajian yaitu :

a. Pengumpulan data

1) Identitas

a) Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis, dan alamat.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien, alamat.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Keluhan utama pada klien pasca laparotomi adalah rasa sakit, mual muntah, dan demam (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010).

b) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada klien pasca operasi laparotomi mengeluh nyeri yang dirasakan sangat berat dan biasanya pada klien pasca operasi laparotomi mengeluh nyeri yang dirasakan lokal atau pun menyeluruh. Nyeri dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan. Biasanya pada klien pasca operasi laparotomi mengeluh nyeri dirasakan ketika bergerak (Doenges, 2014) (Nikmatur, Saiful, 2012)

c) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya terjadi pada klien yang memiliki riwayat adanya trauma penetrasi abdomen, contoh luka tembak/tusuk atau trauma tumpul pada

abdomen ; perforasi kandung kemih/rupture, penyakit saluran GI appendicitis, perforasi, gangrene/ruptur kandung empedu, perforasi karsinoma gaster, perforasi gaster/duodenal, obstruksi gangrenosa usus, perforasi diverticulum, hernia strangulasi (Doenges, 2014).

d) kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi, dalam satu keluarga, dan penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar anggota keluarga (Nikmatur, Saiful, 2012).

3) Pola fungsi kesehatan

Kolom prioritas pada pola fungsi kesehatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi/anatomi tubuh menurut (Nikmatur, Saiful, 2012), antara lain:

a) Pola nutrisi dan metabolisme.

Pola fungsi yang diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan, dan makanan pantangan. Keluhan yang berhubungan dengan nutrisi seperti anoreksia, mual, muntah (Doenges, 2014).

b) Pola eliminasi

Pada pasca operasi biasanya dijumpai ketidakmampuan defekasi dan flatus (Doenges, 2014).

c) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Pada pasca operasi biasanya klien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri karena pembatasan gerak akibat nyeri dan kelemahan (Doenges, 2014).

d) Pola istirahat tidur

Pada pasca operasi biasanya klien memiliki gangguan pola tidur karena nyeri (Doenges, 2014)

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik yang dipatkan sesuai dengan manifestasi klinik yang muncul. Pada survei umum klien terlihat lemah dan kesakitan, TTV mengalami perubahan sekunder dari nyeri dan gangguan hemodinamik. Bila telah terjadi peritonitis bakterial, suhu badan klien akan naik > 38,5°C dan terjadi takikardi, hipotensi, klien tampak letargi, serta intravaskuler disebabkan oleh anoreksia dan muntah, demam, serta kerugian ruang ketiga kerongga peritoneum. Dengan dehidrasi yang progresif, klien mungkin menunjukkan adanya penurunan urine output, dan dengan peritonitis berat.

Pada pemeriksaan fisik fokus akan didapatkan :

Inspeksi : klien terlihat kesakitan dan lemah. Distensi abdomen didapatkan pada hampir semua klien peritonitis dengan menunjukkan peningkatan kekuatan dinding perut. Perut sering menggebung disertai tidak adanya bising usus. Temuan ini mencerminkan ileus umum. Terkadang, pemeriksaan perut juga mengungkapkan peradangan massa.

Auskultasi : penurunan atau hilangnya bising usus merupakan salah satu ileus obstruktif.

Palpasi : nyeri tekan abdomen (tenderness), peningkatan suhu tubuh. Adanya darah atau cairan dalam rongga peritoneum akan memberikan tanda – tanda rangsangan peritoneum. Rangsangan peritoneum akan memberikan nyeri tekan dan defans muscular. Pekak hati dapat menghilang akibat udara bebas dibawah diafragma. Pemeriksaan rektal dapat memunculkan nyeri tekan abdomen, colok dubur ke arah kanan mungkin mengindikasikan apendiksitis dan apabila bagian anterior penuh dapat mengidentifikasi sebuah abses.

Perkusi : nyeri tekuk dan bunyi timpani terjadi akibat adanya flatulen.

Ketika mengevaluasi klien dengan dugaan peritonitis, melakukan pemeriksaan fisisk secara lengkap adalah penting. Penyebaran proses infeksi ke toraks dengan iritasi diafragma (misalnya : epiema). Proses

penyebaran ekstrapéritoneal ( misalnya : pielonefritis, sistitis, hematoma) dapat meniru tanda – tanda tertentu dan gejala peritonitis. Sebagai bahan temuan pada pemeriksaan klinis mungkin sama sekali tidak meyakinkan atau tidak dapat diandalkan pada klien dengan immunosupresi (misalnya : diabetes berat, penggunaan steroid, setelah transplantasi organ, HIV) (muttaqin,2009)

a) Keadaan umum

Keadaan umum pada klien dengan gangguan sistem pencernaan dapat dilakukan selintas pandang dengan menilai keadan fisik. Tiap bagian tubuh perlu dinilai secara umum kesadaran klien compos mentis, apatis, samnolen, sopor dan soporokomatus, atau koma, seorang perawat perlu mempunyai pengalaman pengetahuan tentang konsep anatomi fisiologi umum sehingga dengan cepat mampu menilai kedaan umum, kesadaran, dan pengukuran GCS. Bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketetapan penilaian. Pada pemeriksaan keadaan umum klien dengan gangguan system pencernaan dan akan berubah sesuai tingkat gangguan yang melibatkan perfusi system saraf pusat (muttaqin, 2009).

b) Pemeriksaan persistem

(1) Sistem pernapasan

Biasanya klien mengalami pernapasan dangkal dan takipneu (Doenges, 2014).

(2) Sistem kardiovaskular

Umumnya klien mengalami takikardi, berkeringat, pucat dan hipotensi sebagai indikasi terjadinya syok (Doenges, 2014).

(3) Sistem persyarafan

(a) *Nervus olfaktorius* (N.I)

*Nervus olfaktorius* merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau. Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hiposmia).

(b) *Nervus optikus* (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina, impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus.

(c) *Nervus Okulomotorius, Trochlearis, Abducens* (N III, N IV, N VI)

Fungsi nervus ini saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler,

dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil.

(d) *Nervus trigeminus* (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik, (parsio mayor) dan bagian motoric (parsio minor). Bagian motoric mengurus otot mengunyah.

(e) *Nervus Facialis* (N.VII)

Nervus facialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

(f) *Nervus Audtorius* (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

(g) *Nervus Glasofaringeus* (N.X)

Sifatnya majemuk (sensorik+motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

(h) *Nervus Vagus* (N.IX)

Sifatnya majemuk (sensorik+motorik), untuk refleks menelan dan muntah.

(i) *Nervus Assessorius* (N.XI)

Saraf ini menginversi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(j) *Nervus Hipoglossus* (N.XII)

Saraf ini mengandung saraf serabut somato sensorik yang menginversi otot intrinsic dan otot ekstrinsik lidah.

(4) Sistem pencernaan

Biasanya pada klien pasca operasi ditemukan distensi abdomen, kembung, kekakuan abdomen, nyeri tekan, mukosa bibir kering, penurunan peristaltic usus, muntah, dan konstipasi akibat pembedahan (Doenges, 2014).

(5) Sistem perkemihan

Perpindahan sejumlah besar cairan dan elektrolit dari lumen usus ke rongga peritoneal dan menurunkan cairan dalam ruang vaskuler menyebabkan penurunan haluaran urine menjadi pekat/gelap, distensi kandung kemih dan retensi urine (Doenges, 2014).

(6) Sistem integument

Akan tampak adanya luka operasi di abdomen karena insisi bedah. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral, membran mukosa kering (Doenges, 2014).

(7) Sistem muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri berat di abdomen yang menyebabkan kekakuan pada otot (Doenges, 2014).

5) Data psikologi

Diisi hanya pada klien yang sudah dapat mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya meliputi :

a) Gambaran diri : sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar.

Gangguan *body image* pada pasien pasca operasi laparatomi karena adanya perubahan hubungan dengan pembedahan (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010).

b) Ideal diri : persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau personal tertentu.

c) Harga diri : penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

d) Peran diri : sikap dan perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi dimasyarakat.

e) Identitas diri : kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

6) Pola nilai dan kepercayaan

Diisi dengan nilai-nilai dan kepercayaan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk, praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit

(Nikmatur, Saiful, 2012).

7) Pola peran-berhubungan

Diisi dengan hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat dan tim kesehatan, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain (Nikmatur, Saiful, 2012).

8) Data penunjang

Data penunjang ini terdiri atas farmakoterapi/ obat-obatan yang diberikan, serta prosedur diagnostik yang dilakukan kepada klien seperti pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen.

(Nikmatur, Saiful, 2012).

b. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan gaya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar

belakangan ilmu dan pengetahuan, pengalaman dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Tahap terakhir dari pengkajian adalah analisa data untuk menentukan diagnose keperawatan. Analisa data dilakukan melalui pengesahan data, pengelompokan data, menafsirkan adanya ketimpangan atau kesenjangan serta membuat kesimpulan tentang masalah yang ada (Nikmatur, Saiful, 2012).

### **2.3.2. Diagnosa**

Merupakan pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Nikmatur, Saiful, 2012). Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan dibawah pola kesehatan. Selain itu untuk mengidentifikasi masalah, factor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Nikmatur, Saiful, 2012). Untuk diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca operasi laparotomi Eksplorasi Peritonitis menurut doenges (2014) adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik ; insisi bedah, distensi abdomen, adanya selang NGT/usus.

- b. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna/makan makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa; aspirasi NGT/usus
- c. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan faktor eksternal ; insisi bedah, radiasi, faktor internal ; obat-obatan, perubahan status nutrisi, perubahan sirkulasi, faktor mekanis; tekanan, friksi.
- d. Konstipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat.
- e. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.
- f. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral, (proses penyakit/ prosedur pembedahan), kehilangan berlebihan melalui rute oral ; muntah, diare, kehilangan cairan dari rute abnormal ; *drain indwelling*, penghisap NG, hemoragi, penggantian tak cukup, demam.
- g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, missal penyakit kronis, prosedur invasive, malnutrisi, lubang dari rongga abdomen/usus dengan kemungkinan kontaminasi, stasis cairan tubuh, perubahan peristaltic.

### 2.3.3. Intervensi

Intervensi atau Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosi keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, Saiful, 2012).

Adapun rencana keperawatan menurut Doenges (2014) adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik ; insisi bedah, distensi abdomen, adanya selang NG/usus.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : melaporkan nyeri hilang ditandai dengan klien tampak rileks, mampu beristirahat/tidur dengan tepat.

**Tabel 2.1**  
**Nyeri akut**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1) Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal missal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.	1) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal, diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Memberikan pasien rentang ketidaknyamanan sendiri, membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi keefektifan analgesi.
	2) Intervensi dini pada control nyeri memudahkan

---

2) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.	pemulihan otot/jaringan dengan menurunkan tegangan otot dan memperbaiki sirkulasi.
3) Pantau tanda-tanda vital.	3) Respon autonomic meliputi perubahan TD, nadi, dan pernapasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilang nyeri.
4) Kaji insisi bedah, perhatikan edema ; perubahan kontur luka (pembentukan hematoma) ; atau inflamasi, mengeringnya tepi luka.	4) Perdarahan pada jaringan, bengkak, inflamasi local, atau terjadinya infeksi dapat meningkatkan nyeri insisi.
5) Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).	5) Memberikan dukungan (fisik, emosional) ; menurunkan tegangan otot ; meningkatkan relaksasi; memfokuskan ulang perhatian; meningkatkan rasa control dan kemampuan coping.
6) Berikan perawatan oral sering, lumasi bibir dan cuping hidug (bila ada selang NG). plester selang sehingga tidak ada tekanan cuping hidung.	6) Iritasi membrane mukosa menyebabkan pasien menelan lebih sering dan mengakibatkan distensi abdomen.
7) Pertahankan kepatenan selang NG/ drainase intestinal, irigasi sesuai indikasi. Perhatikan adanya nyeri gas pasase dari flatus.	7) Obstruksi selang dapat meningkatkan distensi abdomen.

---

---

8) Palpasi kandung kemih terhadap distensi bila berkemih ditunda.	8) Factor psikologis dan nyeri dapat meningkatkan ketegangan otot.
9) Ambulasikan pasien sesering mungkin.	9) Menurunkan masalah yang terjadi karena imobilisasi.
10) Anjurkan napas melalui hidung sebagai pengganti mulut.	10) Menurunkan menelan udara dan distensi.
11) Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi.	11) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan teurapeutik.
12) Kateterisasi sesuai kebutuhan.	12) Untuk mengosongkan kandung kemih sampai fungsi kembali.

---

- b. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna/makan makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa; aspirasi NG/usus.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mendemonstrasikan pemeliharaan/ kemajuan penambahan berat badan yang diinginkan dengan normalisasi nilai laboratorium dan tanda-tanda malnutrisi.

**Tabel 2.2**  
**Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan**

Intervensi	Rasional
1) Tinjau factor-faktor individual yang mempengaruhi kemampuan untuk mencera/makan makanan missal status puasa, mual, ileus paralitik setelah selang dilepaskan.	1) Mempegaruhi pilihan intervensi.
2) Timbang berat badan sesuai indikasi. Catat masukan dan haluaran.	2) Mengidentifikasi status cairan serta memastikan kebutuhan metabolic.
3) Auskultasi bising usus, palpasi abdomen, catat pasase flatus.	3) Meningkatkan kerjasama pasien dengan aturan diet.
4) Identifikasi kesukaan/ketidaksukaan siet dari pasien. Anjurkan makanan tinggi protein dan vitamin C.	4) Protein/vitamin C adalah contributor utama untuk pemeliharaan jaringan dan perbaikan.
5) Observasi terhadap terjadinya diare; makanan bau busuk, berminyak.	5) Sindrom malabsorpis dapat terjadi setelah pembedahan usus halus, memerlukan evaluasi lanjut dan perubahan diet. Misanya diet rendah serat.

---

6) Pertahankan selang NG.	6) Mempertahankan dekompresi lambung/usus. Meningkatkan istirahat pemulihan usus.
7) Berikan cairan IV (albumin, lipid, elektrolit).	7) Memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit
8) Berikan obat-obatan sesuai indikasi Antiemetik, Antasid.	8) Antiemetic mencegah muntah, antasida menetralkan atau menurunkan pembentukan asam untuk mencegah erosi mukosa dan kemungkinan ulserasi.
9) Konsul dengan ahli diet, tim pendukung nutrisi. Berikan enteral/parenteral sesuai indikasi.	9) Bermanfaat dalam mengevaluasi dan memnuhi kebutuhan diet individu.
10) Berikan cairan, tingkatkan kecairan jernih, diet penuh sesuai toleransi setelah selan NG dilepaskan.	10) Mengonsumsi ulang cairan dan diet penting untuk mengembalikan fungsi usus normal dan meningkatkan masukan nutrisi adekuat.

---

- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor eksternal ; insisi bedah, radiasi, faktor internal ; obat-obatan, perubahan status nutrisi, perubahan sirkulasi, faktor mekanis; tekanan, friksi.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mencapai pemulihan luka tepat waktu tanpa komplikasi.

**Tabel 2.3**  
**Kerusakan Integritas Kulit**

Intervensi	Rasional
1) Pantau tanda-tanda vital dengan sering. Perhatikan demam, takipne, takikardi, dan gemetar. Perhatikan luka dengan sering terhadap bengkak insisi berlebihan, inflamasi, drainase.	1) Mungkin indikatif dari pembentukan hematoma/terjadinya infeksi, yang menunjang perlambatan pemulihan luka dan meningkatkan resiko pemisahan luka/dehisens.
2) Bebat insisi selama batuk dan latihan napas dalam.	2) Meminimalkan stress/teganagan pada tepi luka yang sembuh. Proses penuaan.
3) Gunakan kertas/bebat <i>Montgomery</i> untuk balutan sesuai indikasi.	3) Penggantian balutan sering dapat meningkatkan kerusakan pada kulit karena perlekatan yang kuat.
4) Waspadai faktor resiko lanjut.	4) Menurunkan imunokompetensi, ini mempengaruhi pemulihan luka dan tahanan pada infeksi.
5) Bila terjadi dehisens: a) Pertahankan sikap tenang, tinggal dengan pasien, beritahu dokter. b) Pertahankan pasien pada tirah baring total.	5) Untuk mencegah panic dan menurunkan tegangan intraabdomen.
6) Bila terjadi evierasi:	6) Mencegah kekeringan jaringan mukosa dam anemia

a) Tutup usus yang terpajan dengan balutan steril dan lembab, persiapkan untuk perbaikan bedah luka.	dapat mempengaruhi pemulihan.
b) Tinjau ulang nilai laboratorium terhadap anemia dan penurunan albumin serum. Perhatikan jumlah leukosit.	

- d. Konstipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mendapatkan kembali pola fungsi usus yang normal.

**Tabel 2.4**

**Konstipasi atau Diare**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1) Auskultasi bising usus.	1) Kembalinya fungsi GI mungkin terlambat oleh efek depresan dari anestesi, ileus paralitik, inflamasi intraperitoneal.
2) Selidiki keluhan nyeri abdomen.	2) Mungkin berhubungan dengan distensi gas atau

---

	terjadinya komplikasi
3) Observasi gerakan usus, perhatikan warna, konsistensi dan jumlah.	misalnya ileus.
4) Anjurkan makanan/cairan yang tidak mengiritasi bila masukan oral diberikan.	3) Indicator kembalinya fungsi GI, mengidentifikasi ketepatan intervensi.
5) Berikan pelunak feses, supositoria gliserin sesuai indikasi.	4) Menurunkan risiko iritasi mukosa/diare.
	5) Mungkin perlu untuk merangsang peristaltic dengan perlahan/evakuasi feses.

---

- e. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.

Hasil yang diharapkan : menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan

Kriteria hasil : mengidentifikasi hubungan tanda/gejala pada proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan factor penyebab.

Memperbaiki penampilan prosedur tertentu dan menjelaskan rasional tindakan

**Tabel 2.5**  
**Kurangnya Pengetahuan**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1) Tinjau ulang prosedur dan harapan pasca operasi.	1) Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi.
2) Diskusikan pentingnya masukan cairan adekuat, kebutuhan diet.	2) Meningkatkan penyembuhan dan normalisasi fungsi usus.
3) Demonstrasikan perawatan luka/mengganti balutan yang tepat. Anjurkan mandi pancuran dan menggunakan sabun ringan untuk membersihkan luka.	3) Meningkatkan penyembuhan menurunkan infeksi, memberikan kesempatan untuk mengobservasi pemulihan luka
4) Tinjau ulang perawatan selang gastrostomy bila pasien dipulangkan dengan lat ini.	4) Meningkatkan kemandirian, meningkatkan kemampuan perawatan diri.
5) Tandai tinggi posisi selang pada kulit.	5) Memberikan dasar untuk memperhatikan perubahan dalam posisi, pergeseran masuk/keluar dari luka.
6) Demonstrasikan tehnik irigasi yang tepat dan perawatan sel irigasi sesuai indikasi.	6) Pembilasan mempertahankan patensi selang, khususnya setelah pemberian makanan/bolus obat.
7) Tinjau perawatan kulit disekitar sisi selang.	7) Membantu mencegah kerusakan kulit, emnurunkan resiko infeksi.
8) Diskusikan prosedur untuk diikuti bila selang menjadi berubah posisi.	8) Intervensi tepat waktu mencegah komplikasi selanjutnya.

9) Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan evaluasi medic.	9) Pengenalan dini dari komplikasi dan intervensi segera dapat mencegah progresi situasi serius, mengancam hidup.
10) Tinjau ulang keterbatasan/pembatasan aktivitas.	10) Menurunkan risiko regangan/trauma insisi, pembentukan hernia.
11) Anjurkan peningkatan aktivitas bertahap sesuai toleransi dan keseimbangan dengan periode istirahat yang adekuat.	11) Mencegah kelelahan, merangsang sirkulasi dan normalisasi fungsi organ, meningkatkan penyembuhan.

- f. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral, (proses penyakit/ prosedur pembedahan), kehilangan berlebihan melalui rute oral ; muntah, diare, kehilangan cairan dari rute abnormal ; *drain indwelling*, penghisap NG, hemoragi, penggantian tak cukup, demam.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : menunjukkan perbaikan keseimbangan cairan dibuktikan oleh haluaran urine yang seimbang dengan berat jenis normal, tanda-tanda vital stabil, membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, dan pengisian kapiler meningkat, dan berat badan batas normal.

**Tabel 2.6**  
**Kekurangan Volume Cairan**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1) Pantau tanda-tanda vital dengan sering, perhatikan peningkatan nadi, perubahan TD pascaural, takipnea, dan ketakutan. Periksa balutan dan luka dengan sering selama 24 jam pertama terhadap tanda-tanda darah merah terang atau bengkak insisi berlebihan.	1) Tanda-tanda awal hemoragi usus dan/atau pembentukan hematoma, yang dapat menyebabkan syok hipovolemik.
2) Palpasi nadi perifer. Evaluasi pengisian kapiler, turgor kulit, dan status membran mukosa.	2) Memberiakan informasi tentang volume sirkulasi umum dan tingkat hidrasi.
3) Perhatikan adanya edema.	3) Edema dapat terjadi karena perpindahan cairan berkenaan dengan penurunan kadar albumin serum/protein.
4) Pantau masukan dan haluaran, perhatikan haluaran urine, berat, jenis. Kalkulasi keseimbangan 24 jam, dan timbang berat badan setiap hari.	4) Indikator langsung dari hidrasi/perfusi organ dan fungsi. Memberikan pedoman untuk pengganti cairan.
5) Perhatikan adanya/ukur distensi abdomen.	5) Perpindahan cairan dari ruang vaskuler menurunkan volume sirkulasi dan merusak perfusi ginjal.
6) Observasi/catat kuantitas, jumlah, karakter drainase, NG. Tes PH sesuai indikasi. Anjurkan dan	6) Haluaran cairan berlebihan dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan alkalosisi metabolic

---

bantu dengan perubahan posisi sering.	dengan kehilangan lebih lanjut kalium oleh ginjal yang berupaya untuk mengkompensasi.
7) Pantau suhu	Pengubahan posisi mencegah pembentukan mengestrise di lambung, yang dapat menyalurkan cairan gastrik dan udara melalui selang NG ke duodenum.
8) Tinjau ulang penyebab pembedahan dan kemungkinan efek samping pada keseimbangan cairan. Observasi terhadap komplikasi misalnya obstruksi usus, paralitik ileus, dan pembentukan fistula.	7) Demam rendah umum terjadi selama 24 jam-48 jam pertama dan dapat menambah kehilangan cairan.
9) Lakukan tes guaiac pada feses.	8) Mengeksaserbasi cairan dan kehilangan elektrolit.
10) Pertahankan patensi penghisap NGT/usus. Pertahankan penghisap intermiten dan rendah, sesuai indikasi.	9) Perdarahan mikroskopik/subakut mungkin belum terlihat.
	10) Meningkatkan dekompresi usus untuk menurunkan distensi/tekanan pada garis jahitan dan menurunkan mual/muntah, yang dapat menyertai anesthesia,

---

---

	manipulasi usus, atau kondisi yang sebelumnya ada.
11) Pantau pemeriksaan laboratorium, misalnya HB, elektrolit, BUN.	11) Memberikan informasi tentang hidrasi dan kebutuhan penggantian, dan fungsi organ.
12) Berikan cairan, darah, albumin, elektrolit sesuai indikasi.	12) Mempertahankan volume sirkulasi dan keseimbangan elektrolit.

---

- g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, missal penyakit kronis, prosedur invasive, malnutrisi, lubang dari rongga abdomen/usus dengan kemungkinan kontaminasi, stasis cairan tubuh, perubahan peristaltik.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : mencapai pemulihan luka tepat waktu; bebas dari drainase pululen atau eritema atau demam.

**Tabel 2.7**  
**Resiko Tinggi Infeksi**

Intervensi	Rasional
1) Pantau tanda-tanda vital dan perhatikan peningkatan suhu.	1) Demam tiba-tiba disertai menggigil, kelelahan, kelemahan, takipne, takikardia, dan hipotensi menandakan syok septik. Peningkatan suhu 4-7 hari pembedahan sering menandakan abses luka atau kebocoran cairan dari sisi anastomosis.
2) Observasi penyatuan luka, karakter drainase, adanya inflamasi.	2) Perkembangan infeksi dapat memperlambat pemulihan.
3) Pantau pernapasan, bunyi napas. Pertahankan kepala tempat tidur 35-45 <sup>0</sup> . bantu pasien untuk membalik, batuk dan napas dalam.	3) Infeksi pulmonal dapat terjadi karena depresi pernapasan (anesthesia, narkotik); ketidakefektifan batuk dan distensi abdomen.
4) Pertahankan perawatan luka aseptik. Pertahankan balutan kering.	4) Melindungi pasien dari kontaminasi silang selama penggantian balutan. Balutan basah bertindak sebagai sumbu retrograde, menyerap kontaminan eksternal.
5) Gunakan bebat <i>Montgomery</i> untuk mengamankan balutan, bila diindikasikan.	5) Seringnya plester terlepas (khususnya bila ada drain) dapat menyebabkan abrasi

	kulit, yang dpat juga menjadi tempat infeksi.
6) Kultur terhadap kecurigaan drainase.	6) Organisme multiple mungkin ada pada luka terbuka dan setelah bedah usus.
7) Berikan obat-obatan sesuai indikasi. Antibiotic.	7) Diberikan secara profilaktik dan untuk mengatasi infeksi.
8) Lakukan irigasi luka sesuai kebutuhan.	8) Mengatasi infeksi bila ada.

#### 2.3.4. Implementasi

Implementasi atau Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, Saiful, 2012).

#### 2.3.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, Saiful, 2012).

Macam-macam evaluasi :

- a. Evaluasi Proses (Formatif)

- 1) Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan.
  - 2) Berorientasi pada etiologi.
  - 3) Dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
- b. Evaluasi hasil (Sumatif)
- 1) Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna.
  - 2) Berorientasi pada masalah keperawatan.
  - 3) Menjelaskan keberhasilan/ ketidakberhasilan.
  - 4) Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

Adapun Evaluasi yang diharapkan daalam proses keperawatan pada pasien dengan pasca operasi Laparatomi Eksplorasi Doenges (2014) adalah:

- a. Mempertahankan volume sirkulasi adekuat.
- b. Mengontrol/meminimalkan penyakit.
- c. Mencegah komplikasi
- d. Meningkatkan fungsi GI yang tepat.
- e. Memberikan informasi tentang prosedur/prognosis bedah, komplikasi, dan kebutuhan tindakan.

## 2.4 Konsep Nyeri

### 2.4.1. Definisi Nyeri

Nyeri menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* pada tahun 1997, didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan, yang terakait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke sistem saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai *nosisepsi*. Ada nyeri tanpa *nosisepsi* (seperti phantom limb pain) dan juga *nosisepsi* tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan pernah lepas dari subjektivitas pasien. Namun skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif (Kapita Selekta Kedokteran, 2014).

### 2.4.2 Klasifikasi Nyeri

#### 2.4.2.1. Berdasarkan patofisiologi

- a. Nyeri nosiseptif terjadi akibat aktifitas nosiseptor saraf A- $\alpha$  dan C yang berlangsung secara terus menerus oleh stimulus noxious (jejas, penyakit, inflamasi). Intensitas nyeri nosiseptif berbanding lurus dengan intensitas kadar stimulus. Semakin besar kerusakan, semakin nyeri. Nyeri nosiseptif dapat dibagi lebih lanjut menjadi :
  - 1) Nyeri visceral (berasal dari organ visceral)

Nyeri visceral dirasakan sebagai sensasi kram atau nyeri tumpul yang dalam dan dapat beralih ke lokasi lain (referred pain).

- 2) Nyeri somatic (berasal dari jaringan seperti ulit, otot, kapsul sendi, dan tulang)
  - a) Nyeri somatic superfisial (kutaneus), biasanya nyeri terlokalisasi dengan baik, dirasakan seperti rasa gatal, tajam, tertusuk, terbakar, sampai dengan nyeri tajam.
  - b) Nyeri somatic profunda, sensasi nyeri biasanya tumpul

b. Nyeri neuropatik

Disebabkan gangguan sinyal dari susunan saraf pusat atau perifer, atau menggambarkan jejas atau kerusakan pada sistem saraf. Penyebab biasanya trauma, inflamasi, penyakit metabolik (misal, diabetes), infeksi (misal, herpes zoster), tumor, toksin, atau penyakit neurologis primer.

Kadang, nyeri neuropatik disebut juga sebagai nyeri 'patologis'. Keadaan nyeri kronis terjadi saat nyeri timbul tanpa adanya pemicu. Proses ini dialandasi oleh sensitisasi. Sensitisasi sentral menjadi alasan mengapa nyeri neuropati seringkali tidak bersesuaian dengan intensitas stimulus (seperti hiperalgesia atau alodinia) atau muncul saat tidak ada stimulus yang jelas (nyeri persisten). Sifat nyeri neuropati

adalah terbakar atau panas, geli, tertusuk, seperti tersengat listrik, diremas, nyeri dalam, spasme atau dingin. Hiperalgnesia adalah peningkatan sensitivitas terhadap nyeri, sementara alodinia adalah nyeri terhadap stimulus yang normalnya tidak menimbulkan nyeri.

#### 2.4.2.2. Berdasarkan waktu

- a. Nyeri akut awalnya didefinisikan hanya berdasarkan batas waktu. Namun kini dikenal definisi yang lebih luas. Yaitu pengalaman kompleks yang tidak menyenangkan. Terkait dengan emosi, kognitif, dan sensorik sebagai respons terhadap trauma jaringan. Nyeri akut awalnya dirasakan sebagai nyeri yang intensitasnya tertinggi yang kemudian berangsur-angsur menghilang bersamaan dengan sembuhnya jejas yang mendasari. Nyeri akut biasanya bersifat nosiseptif. Meskipun hanya berangsung sebentar jika dibiarkan stimulus nyeri dapat menyebabkan penderitaan, remodeling neuron, atau berlanjut menjadi nyeri kronis. Oleh karena itu, tata laksana nyeri akut dilakukan secara agresif.
- b. Nyeri kronis dulu didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 3-6 bulan setelah jejas berlangsung. Kini nyeri kronis adalah nyeri yang berlanjut setelah selesainya proses penyembuhan. Dengan intensitas jejas yang minimal

atau tidak cukup menjelaskan adanya rasa nyeri tersebut. Ada juga yang mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri persistem yang mengganggu tidur dan kehidupan sehari-hari atau mengurangi derajat kesehatan dan kemampuan fungsional individu.

### **2.4.3. Diagnosis Nyeri**

#### 2.4.3.1 Anamnesis

Keluhan pasien adalah indicator utama. Kecuali jika pasien tidak dapat berkomunikasi

#### 2.4.3.2 Pemeriksaan fisis

Pemeriksaan digunakan untuk membantu mengidentifikasi penyebab yang mendasari nyeri. Fokuskan perhatian pada kondisi umum, sistem musculoskeletal, dan neurologis. Serta status lokalis nyeri. Sebagian pasien membutuhkan pemeriksaan musculoskeletal dan neurologis yang lebih mendalam. Missal pada nyeri neuropati digunakan peta dermatom.

Sebagian besar diagnosis kasus nyeri kronik ditegakkan dengan pemeriksaan fisis yang akurat, sementara pemeriksaan penunjang lebih sering bertujuan untuk menyingkirkan kemungkinan penyebab yang berasal dari abnormalitas anatomi atau fisik pasien.

#### 2.4.3.3 Pemeriksaan penunjang

Pengukuran skala nyeri. Alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri, terkait intensitas nyeri yang dirasakan.

a. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien-pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan waktu. Validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.

b. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dan dapat dilakukan secara fleksibel dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk beberapa tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda dan tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini dapat digunakan juga oleh pasien buta huruf dan angka.

## 2.4.4 Tatalaksana Nyeri

### 2.4.4.1 Tatalaksana farmakologi

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologis untuk nyeri adalah:

- a. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
- b. Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri. Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.
- c. Pilih obat yang sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, dan pasien.
- d. Buat rencana tatalaksana
- e. Pilih rute pemberian obat
- f. Titiasi dosis
- g. Optimisasi pemberian
- h. Pantau dan kendalikan efek samping
- i. Bedakan toleransi, ketergantungan fisis dan adiksi
- j. Hindari penggunaan placebo

#### WHO's Pain Ladder

Pada tatalaksana paliatif khususnya untuk pasien-pasien kanker. WHO membuat suatu metode pemberian analgesic yang

bertahap. Saat nyeri timbul obat oral diberikan secara sesuai dengan tahapan sebagai berikut : nonopioid (misal : aspirin, paracetamol). Lalu jika dibutuhkan, opioid ringan (kodein) dan terakhir opioid kuat (morfin) hingga pasien merasa bebas dari nyeri. Untuk mengatasi takut dan cemas, dapat diberi obat tambahan (atau dikenal sebagai adjuvant). Untuk mempertahankan pasien tetap bebas dari rasa nyeri, maka sebaiknya obat analgesic diberikan sesuai dengan jam yaitu setiap 3-6 jam. Dan jangan diberi sesuai kebutuhan. Metode seperti ini 80-90% efektif dalam menghilangkan rasa nyeri pada pasien.

Berbagai macam klasifikasi digunakan untuk obat-obat anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi :

- a. Analgesic nonopioid : asetaminofen dan obat antiinflamasi non steroid (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.

Mekanisme kerja :

Inhibisi enzim siklooksigenase (COX) yang menghambat sintesis prostaglandin. Seluruh obat nonopioid memiliki efek antiinflamasi, antipiretik, dan analgesic. Efek analgesic OAINS biasanya bertahan selama menit hingga jam, sementara efek antiinflamasi dapat 1-2 minggu. Efek

antiinflamasi dapat membantu mengurangi nyeri karena mengurangi pembengkakan jaringan. Saat ini diketahui bahwa reseptor COX memiliki dua isoform, yaitu COX-1 dan COX-2. OAINS nonselektif menghambat keduanya. Sementara obat yang selektif hanya menghambat COX-2, dengan efektivitas secara obat nonselektif namun efek samping yang lebih sedikit.

Penggunaan :

Nonopioid digunakan untuk mengurangi berbagai tipe nyeri akut dan kronis (akibat trauma, pasca operasi, kanker, nyeri artritis) dan terutama efektif untuk nyeri somatic (nyeri otot dan sendi, nyeri gigi/tulang, nyeri inflamasi, nyeri pasca operasi). Asetaminofen dan OAINS masing-masing dapat mengatasi nyeri ringan dan beberapa OAINS untuk nyeri sedang. Bahkan nyeri berat yang membutuhkan opioid, obat nonopioid tetap digunakan sebagai kombinasi untuk mengurangi dosis opioid yang dibutuhkan. Nonopioid tidak menyebabkan toleransi, ketergantungan fisik, atau adiksi.

Efek samping :

Gangguan gastrointestinal (dyspepsia, ulkus, perforasi, perdarahan, disfungsi hati), perdarahan (efek antitrombotik), disfungsi ginjal, reaksi hipersensitivitas, dan efek sistem saraf

pusat. Efek samping tersebut berbeda bergantung pada jenis obat. Efek samping dapat dihindari dengan dosis yang kecil atau penggunaan dalam jangka waktu singkat. Efek samping juga dapat dikurangi dengan mekanisme proteksi, misalnya digunakan bersama misoprostol untuk mengurangi ulkus peptikus.

b. Analgesic opioid

Mekanisme kerja :

Opioid berikatan dengan reseptor opioid dalam sistem saraf pusat untuk : (1) menghambat transmisi input nosiseptif pada korda spinalis perifer. (2) aktivasi jalur inhibisi desendens dan memodulasi transmisi didalam korda spinalis. (3) mengganggu aktivitas sistem limbic. Oleh karena itu opioid memodifikasi baik aspek sensorik maupun afektif nyeri. Opioid yang berbeda bekerja pada reseptor opioid yang berbeda pula, seperti mu, kappa, dan delta.

Peggunaan :

Opioid digunakan untuk mengatasi nyeri derajat sedang hingga berat yang tidak dapat ditanagani dengan nonoipoid saja. Opioid biasanya dikombinasikan dengan nonopioid untuk mendapatkan efek dose-sparing sehingga dosis opioid yang dibutuhkan lebih sedikt. Hamper seluruh tipe nyeri

berespons terhadap opioid, namun secara umum nyeri nosiseptif lebih berespons dibanding nyeri neuropatik yang membutuhkan dosis opioid yang lebih tinggi. Efektivitas opioid berbeda-beda pada masing-masing individu sehingga jika gagal dengan obat satu, perlu mencoba obat yang lain.

Rute pemberian opioid bisa melalui berbagai cara, seperti oral, sublingual, rektal, parenteral, transdermal, intratekal, atau epidural. Untuk nyeri kronis cara oral atau transdermal lebih dipilih. Penggunaan intramuscular berulang sebaiknya dihindari. Opioid kerja singkat digunakan untuk nyeri yang hilang timbul. Sementara yang kerja panjang atau sustained-release untuk pasien yang mengalami nyeri terus menerus.

Efek samping :

Efek samping yang dapat timbul pada opioid agonis reseptor mu adalah sedasi, confusion, depresi napas, mual, muntah, konstipasi, pruritus dan retensi urine. Hati-hati penggunaan opioid terhadap pasien dengan ventilasi terganggu, asma bronchial, gagal hati, atau peningkatan tekanan intra kranial.

- c. Analgesic adjuvant atau ko-analgesik : suatu obat dengan indikasi tertentu, namun memiliki efek antinyeri, seperti obat anti epilepsy dan antidepresan trisiklik.

#### 2.4.4.2 Tatalaksana non farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi nonfarmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau pendekatan bedah. Jangan menunda untuk merujuk apabila pengobatan maksimal yang bisa dilakukan masih membuat pasien merasakan nyeri dengan intensitas berat. Salah satu terapi non farmakologi yang dapat dilakukan adalah dengan terapi distraksi relaksasi menggunakan music. Nyeri pada pasien post operasi disebabkan terjadinya kerusakan kontinuitas jaringan karena pembedahan, kerusakan kontinuitas jaringan menyebabkan pelepasan mediator kimia yang kemudian mengaktivasi nosiseptor dan memulai transmisi nosiseptik sampai terjadi nyeri. Nyeri akan mengakibatkan mobilisasi terbatas (Economidou, 2012).

Adanya perbedaan skala nyeri setelah pemberian terapi musik klasik dikarenakan adanya perbedaan persepsi nyeri setiap individu. Tingkat nyeri yang dirasakan oleh responden dipengaruhi beberapa faktor. Menurut Perry dan Potter (2010) menyatakan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri antara lain adalah usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping dan dukungan keluarga sosial.

Musik yang hanya bersifat sedatif tidak hanya efek distraksi dalam inhibisi persepsi nyeri. Musik dipercaya dapat meningkatkan pengeluaran hormon *endorfin*. *Endorfin* merupakan ejektor dari rasa rileks dan ketenangan yang timbul, midbrain mengeluarkan *gamma amino butyric acid* (GABA) yang berfungsi menghambat hantaran impuls listrik dari satu neuron ke neuron lainnya oleh *neurontransmitter* didalam sinaps. *Midbrain* mengeluarkan *enkepalin* dan *beta endorfin* dan zat tersebut dapat menimbulkan efek analgesik yang akhirnya mengeliminasi *neurotransmitter* rasa nyeri pada pusat persepsi dan interpretasi sensorik somatik di otak sehingga efek yang bisa muncul adalah nyeri berkurang (Guyton & Hall, 2008).

Musik adalah suatu komponen yang dinamis yang dapat mempengaruhi fisiologi bagi pendengarnya (Nilson, 2009). *New zealand society for music therapy* (NZSMT) menyatakan bahwa terapi musik terbukti efektivitasnya untuk implementasikan pada bidang kesehatan, karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stress, dan menimbulkan mood yang positif (Economidou, 2012). Terapi musik memberikan kesempatan bagi tubuh dan pikiran untuk mengalami relaksasi yang sempurna. Kondisi relaksasi(istirahat) yang sempurna itu seluruh sel dalam tubuh akan mengalamireproduksi, penyembuhan alami akan berlangsung,

produksi hormon tubuh di seimbangkan dan pikiran mengalami penyegaran (Demir, 2011).