

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Pengertian**

Peritonitis adalah suatu radang akut selaput perut, yang adalah lapisan dari rongga abdominal. Peritonitis adalah inflamasi 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 (Nurarif, Kusuma, 2015).

Peritonitis adalah peradangan rongga peritoneum yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti appendik, pancreatitis, ruptur appendiks, perforasi atau trauma lambung dan kebocoran anastomosis. Dapat disimpulkan bahwa peritonitis adalah peradangan pada lapisan rongga abdomen akibat infeksi bakteri dari saluran gastrointestinal.

#### **B. Proses Terjadinya penyakit**

##### **1. Presipitasi dan predisposisi**

###### **Presipitasi**

- 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 ruptur limpa, ruptur hati

- d. Melalui tuba fallopius seperti cacing enterobius vermicularis.  
Terbentuk pula peritonitis granulomatosa.
- e. Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonephritis. Penyebab utama adalah streptokokus atau pneumokokus.
- f. Peritonitis kimiawi
- g. Disebabkan keluarnya enzim pancreas, asam lambung, atau empedu sebagai akibat cedera/perforasi usus/saluran empedu.

Predisposisi :

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

- a. Mikroorganisme berasal dari penyakit gastrointestinal
- b. Appendicitis yang meradang dan perforasi
- c. Tukak peptic (lambung/duodenum)
- d. Tukak thypoid
- e. Tukak disentri amuba/colitis
- f. Tukak pada tumor
- g. Salpingitis Diverticulitis, Kuman yang paling hemolitik, stafilokokus aureus, dan sering adalah bakteri coli, streptokokus enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

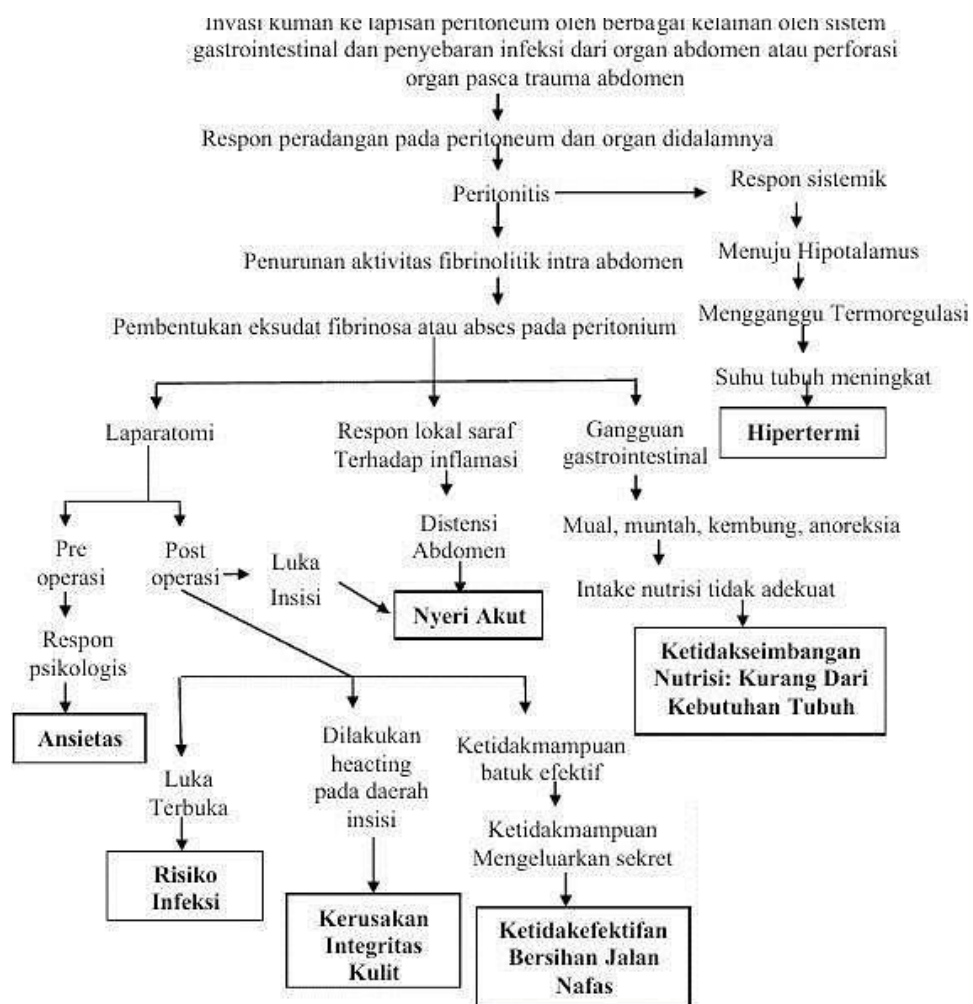
## 2. Psiko patologi/patofisiologi

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 penambahan 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.

Gambar 2. 1 Pathway



(Muttaqim, 2017)

### 3. Manifestasi Klinik

- a. Syok (neurogenik, hipovolemik atau septik)
- b. Demam, Distensi abdomen
- c. nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, difus atrofi umum, 14tergantun pada perluasan iritasi peritoniti
- d. Bisung usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya
- e. Nausea, Vomiting, penurunan peristaltic

### 4. Pemeriksaan diagnostic

#### 1. Tes laboratorium

- a. Analisa gas darah (AGD) : Alkalosis respiratori dan asidosis mungkin ada.
- b. Sel darah putih meningkat kadang-kadang lebih besar dar 20.000 Sel darah merah mungkin meningkat, merupakan hemokonsentrasi.
- c. Hemoglobin dan hematocrit mungkin rendah bila terjadi kehilangan darah.
- d. Protein/ albumin serum : mungkin menurun karena penumpukan cairan (di intra abdomen).
- e. Amilase serum : biasanya meningkat
- f. Elektrolit serum : hypokalemia mungkin ada.

#### 2. X-ray

- a. Foto polos abdomen 3 posisi (anterios, pascaerior, lateral) dan didapatkan:
- b. Ileus merupakan penemuan yang tak khas pada peritonitis
- c. Usus halus dan usus besar
- d. Udara bebas dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi
- e. Foto dada : dapat menyatakan peninggian diafragma
- f. Parasentesis : contoh cairan peritoneal dapat mengandung darah, pus/eksudat, emilase, empedu dan kretinum
- g. CT abdomen dapat menunjukkan pembentukan abses

## 5. Komplikasi

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli keparu-paru, hati dan otak.
2. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stapilokokus aurens, organisme gram positive. Stapilokokus mengakibatkan pernanahan.
3. 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 dehiscensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah

#### 6. Penatalaksanaan medis

Prinsip umum pengobatan adalah mengistirahatkan saluran cerna dengan memuaskan 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. 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.

#### 7. Laparatomi

Laparatomi merupakan jenis operasi bedah mayor yang dilakukan di daerah abdomen. Sayatan pada operasi laparatomi menimbulkan luka yang besar dan dalam sehingga membutuhkan waktu yang lama dan

perawatan berkelanjutan. Luka pasca operasi laparotomi sembuh sampai dengan hari ke 10 sampai 14 (Ningrum, 2017).

Laparotomi juga biasanya dilakukan pada wanita dengan perdarahan intra peritoneal ekstensif, keadaan hemodinamik yang tidak stabil maupun adanya gambaran buruk saat dilakukan laparaskopi (Dewi, 2017).

#### 8. Macam – macam Laparotomi

- a. Midline incision
- b. Paramedian, yaitu sedikit ke tepi darigaris 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

#### 9. Indikasi Laparotomi

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

#### 10. Manifestasi Klinik Laparotomi

- a. Nyeri tekan.
- b. Perubahan tekanan darah, nadi, dan pernafasan.
- c. Kelemahan.
- d. Gangguan integumen dan jaringan subkutan.



- e. Konstipasi.
- f. Mual dan muntah, anoreksia.

#### 11. Penatalaksanaan Laparatomi

- a. Pemberian obat-obatan analgetik

Pemberian obat-obatan analgetik diharapkan dapat meringankan nyeri yang dirasakan pasien

- b. Manajemen nyeri non-farmakologis

Selain pemberian obat-obatan analgetik perawat dapat mengajarkan pasien beberapa teknik yang dapat meringankan tingkat nyeri, seperti distraksi dan teknik nafas dalam

- c. Perawatan luka post op

Luka post op laparatomi harus dijaga kebersihannya agar tidak terjadi infeksi

#### C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan
3. Gangguan integritas kulit
4. Resiko infeksi
5. Defisit nutrisi

## D. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
<p>Nyeri akut (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, nyeri klien membaik, dengan kriteria hasil :</p> <p>Kontrol Nyeri L.08063</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mengenali nyeri dari skala 2 cukupmenurun meningkat menjadi skala 5</li> <li>2. Kemmpuan menggunakan Teknik non-farmakologis dari skala 2 meningkat menjadi skala 5</li> <li>3. Dukungan dari orang terdekat dariskala 2 cukup menurun meningkat ke skala 5</li> <li>4. Keluhan nyeri dari skala 5 menurun menjadi skala 2</li> <li>5. Penggunaan analgesic membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karateristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik non farmakologik</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Mobilitas fisik L.05042</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan eksremitas meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>3. Nyeri menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>4. Kaku sendi menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>6. Kelemahan fisik</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol>

	menurun dari 5 menjadi 2	Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur)</li> </ol>
Gangguan integritas kulit / jaringan (D.0129)	<p>Stelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit dan jaringan L.14125</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>2. Hidrasi meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>4. Perdarahan menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>5. Hematoma menurun dari 5 menjadi 2</li> </ol>	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Obsrvasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi tiap 2jam jika tirah baring</li> <li>2. Gunakan produk berbahan petroleum / minyak pada kulit kering</li> <li>3. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan meninkartkan asupan utrisi</li> <li>4. Anjurkan terpapar suhu ekstrem</li> <li>5. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>
Resiko ifeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat infeksi L.14137</p>	<p>Pencegahan infeksi I.14539</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemrahan menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>2. Bengkak menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>3. Cairan berbau busuk menurun dari 5 menjadi 2</li> <li>4. Gangguan kongnitif menurun dari 5 menjadi 2</li> </ol>	<p>dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</li> <li>4. Pertahankan Teknik aseptik</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan caramemeriksa kondisi luka</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat</li> </ol>
Deficit nutrisi (D.0019)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>Status nutrisi L.03030</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>3. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat dari 2 mnjadi 5</li> <li>4. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat dari 2 menjadi 5</li> <li>5. Nyeri abdomen menurun dari 5 menjadi 2</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi L.03119</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> <li>5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>2. Berikan suplemen makanan</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan posisi</li> </ol>

		<p>duduk</p> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan</li></ol>
--	--	--