

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual, mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan. Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi, spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin & Sari, 2011). Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien (Hipkabi, 2014).

2. Tahap dalam Keperawatan Perioperatif

a. Fase pre operasi

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2011).

Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu:

1) Rumah sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

2) Persiapan pasien di unit perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung dan kolon, pencukuran daerah operasi, *personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pra operasi.

3) Faktor resiko terhadap pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain yaitu usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon neuroendokrin, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti (*Electrocardiogram*) ECG, dan lain-lain.

5) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anestesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anestesi).

7) Persiapan mental/psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis.

b. Fase intra operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktual akan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin & Sari, 2011).

Kegiatan pada fase intraoperatif yaitu:

1) Persiapan pasien dimeja operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anastesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan.

3) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang

operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi. Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *nursing care*.

c. Fase post operasi

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

3. Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensi maka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

- a. *Kedaruratan/Emergency*, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa. Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sanagat luas.
- b. *Urgent*, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
- c. *Diperlukan*, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.

- d. Elektif, pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan *scar*, hernia sederhana dan perbaikan vaginal.
- e. Pilihan, keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

- a. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: insisi dan *drainage* kandung kemih, sirkumsisi
- b. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lain-lain.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre Operasi

a. Pengkajian Pre Operasi

Menurut Mutaqin (2009) pengkajian pasien pre operasi meliputi :

- 1) Identitas pasien meliputi:
 - Nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, pendidikan, golongan darah, alamat, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa.
- 2) Ringkasan hasil anamnesa pre operasi
 - Keluhan ketika pasien dirawat sampai dilakukan tindakan sebelum operasi.
- 3) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 4) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu.
- 5) Sistem integument, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan.
- 6) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem kardiovaskuler, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung,

kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung.

- 7) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur?
- 8) Sistem abdomen, apakah pasien mengalami nyeri pada abdomen?
- 9) Sistem reproduksi, apakah pasien terpasang DC?
- 10) Sistem saraf, bagaimana kesadaran pasien?
- 11) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, lavement, kapter, perhiasan, *make up*, *scheren*, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alergi terhadap obat?

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia SDKI (2017), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pre operasi :

- 1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

c. Rencana Keperawatan

1) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

a) Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu yang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

(1) Data subyektif :

- (a) Merasa bingung
- (b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- (c) Sulit berkonsentrasi

(2) Data obyektif :

- (a) Tampak gelisah
- (b) Tampak tegang
- (c) Sulit tidur

b) Tujuan menurut SLKI (PPNI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas dapat terkontrol, dengan kriteria hasil:

- (1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun
- (2) Perilaku tegang dan gelisah cukup menurun
- (3) Frekuensi pernapasan, nadi, dan tekanan darah cukup menurun
- (4) Pucat dan tremor cukup menurun

c) Rencana Intervensi menurut SIKI (PPNI, 2018):

(1) Observasi

- (a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
- (b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- (c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

(2) Terapeutik:

- (a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- (b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- (c) Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian
- (d) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- (e) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- (f) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- (g) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

(3) Edukasi:

- (a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- (b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan.

- (c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- (d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- (e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- (f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- (g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- (h) Latih teknik relaksasi

(4) Kolaborasi

- (a) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas

2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

a) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

(1) Data subyektif:

- (a) Mengeluh nyeri

(2) Data obyektif:

- (a) Tampak meringis
- (b) Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- (c) Gelisah
- (d) Frekuensi nadi meningkat
- (e) Sulit tidur

b) Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:

- (1) Keluhan nyeri menurun
- (2) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun
- (3) Diaforesis menurun
- (4) Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik

c) Rencana intervensi dalam (SIKI, 2018):

(1)Observasi

- (a)Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- (b)Identifikasi skala nyeri
- (c)Identifikasi respon nyeri nonverbal
- (d)Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- (e)Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- (f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- (g)Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (h)monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

(2)Terapeutik

- (a)Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. *TENS*, hipnosis, *akupresure*, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- (b)Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (c)Fasilitasi istirahat dan tidur
- (d)Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

(3)Edukasi

- (a)Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (b)Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (c)Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (d)Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (e)Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(4)Kolaborasi

- (a)Kolaborasi pemberian analgetik

2. Intra Operasi

a. Pengkajian Intra Operasi

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien adalah :

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anestesi lokal dan pasien masih sadar/terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan terhadapnya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital yaitu bila terjadi ketidaknormalan maka harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah.
- 3) Transfusi dan infus, monitor flabot apakah sudah habis atau belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg/BB/jam.

Tindakan keperawatan selama fase intra operasi berfokus pada kondisi emosional dan juga faktor fisik, seperti keamanan, posisi tubuh, menjaga aseptis, dan mengontrol kondisi ruang bedah. Pengkajian praoperasi membantu perawat merencanakan intervensi selama fase ini. Perawat tetap bertindak sebagai penjaga pasien, mengantisipasi komplikasi yang mungkin terjadi. Bila dokter bedah fokus melakukan tindakan bedah, tim anestesi fokus pada pernapasan dan mempertahankan stabilitas fisiologis, perawat bertanggung jawab dengan semua aktivitas lain yang berlangsung diruang operasi.

Perawat mengimplementasikan perawatan secara individual yang didesain untuk setiap pasien, termasuk posisi yang tepat, menjaga tindakan aseptis saat operasi, monitor status fisiologi, menentukan kondisi potensial gawat darurat, mengontrol alat-alat dan suplai. Setiap pasien juga perlu diidentifikasi sebelum memulai operasi. Gelang pada tangan yang mengidentifikasi pasien dibandingkan dengan rekam medik, melihat nama, tanggal lahir dan nomor rekam medik. Tempat operasi yang diberi tanda oleh dokter bedah juga dibandingkan dengan rencana operasi.

1) Posisi pasien

Pada waktu ini, pasien dianestesi dan diposisikan, dan kulit disiapkan dan menyiapkan beberapa prosedur yang harus dilakukan (seperti kateterisasi atau pencukuran rambut) sebelum pemasangan taplak atau duk dan membuat daerah steril. Faktor- faktor penting yang dipertimbangkan untuk memposisikan pasien di meja operasi adalah tempat operasi, umur dan ukuran dari pasien, tipe anestesi yang dipakai, dan nyeri yang dirasakan oleh pasien jika bergerak seperti yang dikarenakan *arthritis*. Posisi tidak boleh menghalangi respirasi dan sirkulasi, tidak boleh melakukan penekanan yang besar pada kulit dan tidak boleh membatasi daerah yang terekspos untuk operasi.

2) Mencegah kesalahan tempat operasi

Pengecekan tambahan untuk memastikan keamanan adalah “*time out*” sebelum insisi pertama di kulit dan semua anggota tim berhenti melakukan yang mereka lakukan lalu mengecek apakah pasien yang akan dioperasi benar, bagian tubuh yang akan dioperasi adalah benar, dan semua detail apakah sudah benar.

Prosedur keamanan mencakup menghitung persediaan dan peralatan bedah yang dapat saja tanpa sengaja tertinggal di dalam tubuh, seperti jarum, *spons*, dan alat lain. Penghitungan biasanya dilakukan pada 3 waktu yang berbeda; sebelum insisi, selama pembedahan, dan segera setelah insisi di tutup.

3) Mempertahankan aseptis

Anggota tim bedah yang berada di daerah steril adalah orang yang secara aktif melakukan dan membantu prosedur bedah. Mereka adalah dokter bedah, asisten bedah, *scrub personnel*. Perawat sirkulator tidak steril dan memonitor daerah steril untuk mempertahankan sterilitas peralatan dan personel.

Semua anggota tim kesehatan menggunakan teknik steril untuk meminimalisasi infeksi pasca operasi. Jika ada suspek atau terkontaminasinya daerah steril, peralatan yang terkontaminasi dan pakaian harus dilepaskan dan diganti dengan yang baru dan steril.

4) Memonitor suhu tubuh

Hipotermia sering terjadi di ruang operasi, baik secara sengaja maupun tidak. Suhu ruang operasi dipertahankan pada suhu dingin antara 60-75°F. kelembapan diatur pada 50-60%. Kontrol suhu dapat melakukan tindakan bedah secara optimal, yang harus mengenakan berlapis-lapis pakaian, dan menghambat pertumbuhan bakteri. Pasien dapat kedinginan di ruang operasi jika selimut yang dikenakan tidak memadai. Panas hilang dari kulit dan dari bagian tubuh yang dibuka untuk pembedahan. Pada jaringan yang ditutupi kulit dan terpajan dengan udara, hilangnya panas lebih besar dari kondisi normal. Pasien harus dijaga sehangat mungkin untuk meminimalisasi kehilangan panas tanpa menyebabkan vasodilatasi yang dapat menyebabkan lebih banyak perdarahan.

5) Memonitor kegawatdaruratan

a) Hipertermia malignan

Hipertermi malignan adalah kesalahan genetik yang ditandai dengan tidak terkontrolnya kontraksi dari otot skeletal yang menyebabkan hipertensi malignan. Keadaan ini dapat terjadi pada pasien yang berisiko ketika mereka mendapat kombinasi *succinylcholine* dan inhalasi agen seperti halotan. Manifestasi awal adalah kenaikan dari volume tidal akhir dari karbon dioksida, rigiditas (kaku) otot *masseter* (dagu), disritmia jantung, dan status hipermetabolik. Temperatur pasien dapat naik sampai 109°F (43°C)

Hipertermia malignan dapat terjadi dalam 30 menit setelah induksi anestesi atau beberapa jam setelah operasi. Jika keadaan yang menyebabkan hipertermia malignan tidak dihentikan dan tubuh didinginkan, dapat menyebabkan kematian. Obat-obatan kegawatdaruratan hipertermia malignan seperti *dantrolone*, relaksan otot dipakai untuk mengurangi rigiditas dari otot skeletal.

b) Henti jantung dan pernapasan

Henti jantung atau pernapasan dapat terjadi diruang operasi, dan prosedur kegawatdaruratan harus dilakukan. Status kode biru

tidak diaktifkan dalam ruang operasi karena orang yang memegang peranan (dokter, anesthesiologis dan perawat) sudah di tempat.

c) Perdarahan tidak terkontrol

Pada situasi tertentu, kehilangan darah dapat melebihi perkiraan perdarahan sehingga tidak sesuai dengan stok darah yang tersedia. Suplai darah kegawatdaruratan yaitu tipe O negatif perlu disediakan. Tugas perawat adalah menyediakan *sponge* kepada dokter bedah untuk menyerap darah, menjahit untuk menghentikan perdarahan. Kehilangan darah selalu dihitung pada akhir operasi dan transfuse darah mungkin perlu dilakukan selama operasi.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada fase intra operasi dalam (SDKI,2017) :

- 1) Resiko cedera berhubungan dengan tindakan keperawatan
- 2) Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma

c. Rencana Keperawatan

(1)Risiko cedera berhubungan dengan tindakan pembedahan

a) Definisi:

Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

b) Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko cedera tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- (1)Kejadian cedera menurun
- (2)Tekanan darah, frekuensi nadi, dan frekuensi napas membaik

c) Rencana Intervensi menurut (SIKI, 2018):

(1)Observasi:

- (a)Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera

- (b)Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- (c)Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

(2)Terapeutik

- (a)Sediakan pencahayaan yang memadai
- (b)Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- (c)Sosialisasikan pasien dan keluarga lingkungan ruang rawat
- (d)Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius
- (e)Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau
- (f)Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
- (g)Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan
- (h)Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci
- (i)Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
- (j)Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur
- (k)Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan
- (l)Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai
- (m)Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
- (n)Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

(3)Edukasi

- (a)Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
- (b)Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.

2) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan

a) Definisi:

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi didalam tubuh) maupun diluar tubuh (terjadi hingga keluar tubuh).

b) Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko perdarahan tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

- (1)Kelembapan membran mukosa meningkat
- (2)Kelembapan kulit meningkat
- (3)Hemoglobin membaik

c) Rencana Intervensi menurut (SIKI, 2018):

(1)Observasi :

- (a)Monitor tanda dan gejala perdarahan
- (b)Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- (c)Monitor koagulasi

(2)Teraupetik :

- (a)Pertahankan *bedrest* selama perdarahan
- (b)Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- (c)Gunakan kasur pencegah dekubitus
- (d)Hindari pengukuran suhu rektal

(3)Edukasi :

- (a)Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- (b)Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- (c)Anjurkan meningkatkan asupan cairan mencegah konstipasi
- (d)Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- (e)Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- (f) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

(4)Kolaborasi :

- (a)Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- (a)Kolaborasi pemberian produk darah , *jika perlu*

2. Post Operasi

a. Pengkajian Post Operasi

- 1) Status respirasi, meliputi: kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi: keadaan *drain* dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem *drainage*.
- 5) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah.
- 6) Keselamatan, meliputi: diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem *drainage*: bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah *drainage*.
- 8) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul dalam (SDKI,2017) :

- 1) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran (menurunnya reflek batuk, peningkatan produksi sputum)
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

c. Rencana Keperawatan

- 1) **Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kesadaran (menurunnya reflek batuk, peningkatan produksi sputum)**

a) Definisi:

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

(1) Data subyektif:

(a) Tidak tersedia

(2) Data obyektif:

(a) Batuk tidak efektif

(b) Tidak mampu batuk

(c) Sputum berlebih

(d) *Mengi, wheezing*, dan atau *ronkhi* kering

b) Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan bersihan jalan napas efektif dengan kriteria hasil:

(1) Produksi sputum menurun

(2) Frekuensi nafas membaik

(3) Pola nafas membaik

c) Rencana intervensi (SIKI, 2018):

(1) Observasi

(a) Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)

(b) Monitor bunyi nafas tambahan (misal *gurgling*, *mengi*, *wheezing*, *ronkhi* kering)

(c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

(2) Terapeutik

(a) Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan *head tilt chin lift*

(b) Posisikan *semi-fowler* atau *fowler*

(c) Berikan minuman hangat

(d) Lakukan fisioterapi dada

(e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik

(f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan *endotrakeal*

(g) Berikan oksigen

(3) Edukasi

(a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari

(b) Ajarkan teknik batuk efektif

(4) Kolaborasi

(a) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik.

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

a) Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

(1) Data subyektif:

(a) Mengeluh nyeri

(2) Data obyektif:

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)

(c) Gelisah

(d) Frekuensi nadi meningkat

(e) Sulit tidur

b) Tujuan menurut (SLKI, 2018):

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:

(1) Keluhan nyeri menurun

(2) Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun

(3) *Diaforesis* menurun

(4) Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik

c) Rencana intervensi dalam (SIKI, 2018):

(1) Observasi

(a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(b) Identifikasi skala nyeri

(c) Identifikasi respon nyeri nonverbal

(d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

(e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

(f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- (g)Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- (h)monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- (i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

(2)Terapeutik

- (a)Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. *TENS*, hipnosis, *akupresure*, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)
- (b)Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- (c)Fasilitasi istirahat dan tidur
- (d)Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

(3)Edukasi

- (a)Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- (b)Jelaskan strategi meredakan nyeri
- (c)Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- (d)Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- (e)Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(4)Kolaborasi

- (a)Kolaborasi pemberian analgetik

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Peritonitis

a. Pengertian Peritonitis

Peritoneum adalah membran serosa rangkap dalam tubuh yang terdiri dua bagian utama yaitu peritoneum parietal yang melapisi dinding rongga abdominal, dan rongga peritoneum viseral yang meliputi semua organ yang berada pada didalam rongga itu (Pearce, 2009). Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya (Muttaqin & Sari, 2011).

Peritonitis adalah peradangan peritonium yang merupakan komplikasi berbahaya akibat penyebaran infeksi dari organ abdomen (*apendisitis, pankreatitis*), ruptur saluran cerna dan luka tembus abdomen (Padila, 2012). Peritonitis adalah inflamasi atau peradangan rongga peritonium yang disebabkan oleh infiltrasi isi usus dari suatu kondisi seperti ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis (Padila, 2012). Berdasarkan kedua penjelasan di atas, penulis dapat menyimpulkan peritonitis adalah peradangan peritonium yang diakibatkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen seperti *apendisitis, pankreatitis, ruptur apendiks, perforasi/trauma lambung dan kebocoran anastomosis*.

b. Klasifikasi

1) Peritonitis Primer

Peritonitis yang terjadi tanpa adanya sumber infeksi di rongga peritonium, kuman masuk ke dalam rongga peritonium melalui aliran darah / pada pasien perempuan melalui area genital.

2) Peritonitis Sekunder

Terjadi bila kuman masuk ke dalam rongga peritonium dengan jumlah yang cukup banyak. Biasanya dari lumen saluran cerna, bakteri biasanya masuk melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman yang masuk secara terus-menerus akan terjadi peritonitis. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, yang sering adalah kuman *aerob* dan kuman *anaerob*. Peritonitis juga terjadi apabila ada sumber *intraperitoneal* seperti *apendisitis, diverkutilitis, salpingitis, kolesistitis, pankreatitis* dan sebagainya. Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna/perforasi setelah endoskopi maka dilakukan kateterisasi. Biopsi atau *polipektomi* endoskopi, tidak jarang pula setelah perforasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna, tertelanya benda asing yang tajam juga dapat

menyebabkan perforasi dan peritonitis.

3) Peritonitis Tersier

Peritonitis tersier terjadi karena pemasangan benda asing ke rongga peritonium. Misalnya pemasangan kateter *ventrikula – peritoneal*, pemasangan kateter *peritoneal – juguler, continous ambulatory peritoneal dyalisis* (Padila 2012).

c. Etiologi

Penyebab peritonitis menurut Haryono (2012) antara lain:

1. Infeksi bakteri, disebabkan invasi atau masuknya bakteri ke dalam rongga peritonium pada saluran makanan yang mengalami perforasi.

Bakteri itu adalah :

- a) Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal
- b) *Appendisitis* yang meradang dan perforasi
- c) Tukak peptik (lambung/duodenum)
- d) Tukak *thypoid*
- e) Tukak disentri *amuba/colitis*
- f) Tukak pada tumor
- g) *Salpingitis*
- h) *Divertikulitis*

Kuman yang paling sering ialah bakteri *Coli, streptokokus μ* dan *b hemolitik, stapilokokus aurens, enterokokus*, dan yang paling berbahaya adalah *clostridium wechii*.

2) Secara langsung dari luar

- a) Operasi yang tidak steril.
- b) Terkontaminasi *talcum venetum, lycopodium, sulfanomida*, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatosa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatosa serta merupakan peritonitis lokal.
- c) Trauma pada kecelakaan seperti rupturs limpa, ruptur hati.

d) Melalui tuba *fallop*i seperti cacing *enterobius vermicularis*, terbentuk pila peritonitis *granulomatosa*.

3) Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernafasan bagian atas, *otitis media*, *mastoiditis*, *glomerulonephritis*, penyebab utamanya adalah *streptokokus* dan *pneumokokus*.

4) Peritonitis kimiawi

Disebabkan karena keluarnya enzim pankreas, asam lambung, atau empedu sebagai akibat cedera atau perforasi usus/ saluran empedu (Padila, 2012).

d. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala peritonitis menurut Haryono (2012) antara lain:

- 1) Syok (*Neurogenik*, *hipovolemik* atau *septik*) terjadi pada beberapa penderita peritonitis umum
- 2) Demam
- 3) Distensi abdomen
- 4) Nyeri tekan abdomen dan rigiditas yang lokal, *difus*, *atrofi* umum, tergantung pada perluasan iritasi peritonitis.
- 5) Bising usus tak terdengar pada peritonitis umum dapat terjadi pada daerah yang jauh dari lokasi peritonitisnya.
- 6) *Nausea*
- 7) *Vomiting*
- 8) Penurunan peristaltic

e. Patofisiologi

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen ke dalam rongga abdomen, biasanya diakibatkan dari inflamasi, infeksi, iskemia, trauma atau perforasi tumor (Padila, 2012). Awalnya mikroorganisme masuk ke dalam rongga abdomen adalah steril tetapi

dalam beberapa jam terjadi kontaminasi bakteri. Akibatnya timbul edema jaringan dan penambahan eksudat. Cairan dalam rongga abdomen menjadi keruh dengan bertambahnya sejumlah protein, sel-sel darah putih, sel-sel yang rusak dan darah. Respon yang segera dari saluran intestinal adalah hipermotilitas, di ikuti oleh ileus paralitik dengan penimbunan udara dan cairan di dalam usus besar.

Timbulnya peritonitis adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi. Reaksi awal peritonium terhadap invasi bakteri adalah keluarnya eksudat fibrinosa. Kantong-kantong nanah (abses) terbentuk di antara perlekatan fibrinosa yang menempel menjadi satu dengan permukaan sekitarnya sehingga membatasi infeksi. Perlekatan biasanya menghilang bila infeksi menghilang, tetapi dapat menetap sebagai pita-pita fibrinosa yang kelak dapat mengakibatkan obstruksi usus. Bila bahan yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritonium dapat menimbulkan peritonitis umum. Dengan perkembangan peritonitis umum, aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit menghilang ke dalam lumen usus, mengakibatkan dehidrasi syok, gangguan sirkulasi dan oligouria, perlekatan dapat terbentuk antara lengkung-lengkung usus yang meregang dan dapat mengganggu pulihnya pergerakan usus sehingga menyebabkan obstruksi usus. Gejala berbeda-beda tergantung luas peritonitis, beratnya peritonitis dan jenis organisme yang bertanggung jawab. Gejala utamanya adalah sakit perut (biasanya terus menerus), muntah dan abdomen yang tegang, kaku, nyeri dan tanpa bunyi, dan demam (Padila, 2012).

Peritonitis (peradangan dari peritonium) terjadi akibat apendikyang mengalami perforasi, secara cepat perlengketan terbentuk dalam usaha untuk membatasi infeksi dan membantu untuk menutup daerah peradangan, membentuk suatu abses. Ketika penyembuhan terjadi, perlengketan fibrosa dapat terbentuk dan mengakibatkan obstruksi usus. Reaksi-reaksi lokal dari peritonium meliputi kemerahan, edema, dan produksi cairan dalam jumlah besar berisi elektrolit dan protein. Jika

infeksi tidak teratasi dapat terjadi hipovolemia, ketidakseimbangan elektrolit, dehidrasi dan akhirnya syok. Peristaltik usus dapat terhenti dengan infeksi peritonium yang berat (Padila, 2012)

f. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada peritonitis menurut Haryono (2012) antara lain:

1) Tes laboratorium

- a) *Leukositosis*
- b) Hematokrit meningkat
- c) Asidosis metabolik

2) X-Ray

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

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

g. Penatalaksanaan

Pendekatan manajemen untuk peritonitis dan abses peritoneum menargetkan perbaikan proses yang mendasarinya, pemberian antibiotik sistemik, dan terapi suportif untuk mencegah atau membatasi komplikasi sekunder akibat kegagalan sistem organ. Keberhasilan pengobatan didefinisikan sebagai kontrol sumber yang memadai dengan resolusi sepsis dan pembersihan semua infeksi intra-abdominal residual. Kontrol awal dari sumber septik adalah dengan cara operatif dan nonoperatif.

1) Pembedahan

Manajemen operatif menangani kebutuhan untuk mengendalikan sumber infeksi dan membersihkan bakteri dan racun. Jenis dan tingkat operasi tergantung pada proses penyebab penyakit dan tingkat keparahan infeksi intra-abdominal. Intervensi *definitif* untuk memulihkan anatomi fungsional melibatkan

menghilangkan sumber kontaminasi antimikroba dan memperbaiki gangguan anatomi atau fungsional yang menyebabkan infeksi. Ini dilakukan dengan intervensi bedah. Kadang-kadang, ini dapat dicapai dengan sekali operasi. Namun, dalam situasi tertentu, prosedur kedua atau ketiga mungkin diperlukan. Pada beberapa pasien, intervensi *definitif* ditunda sampai kondisi pasien membaik dan penyembuhan jaringan memadai untuk memungkinkan prosedur panjang.

2) Intervensi non bedah

Intervensi nonoperatif termasuk *drainase* abses perkutan, serta penempatan *stent* perkutan dan endoskopi. Jika abses dapat diakses untuk *drainase* perkutan dan jika patologi organ visceral yang mendasarinya tidak jelas memerlukan intervensi operatif, drainase perkutan adalah pendekatan pengobatan awal yang aman dan efektif.

Prinsip-prinsip umum dalam pengobatan infeksi, sebagai berikut:

- a) Kontrol sumber infeksi
- b) Menghilangkan bakteri dan racun
- c) Menjaga fungsi sistem organ
- d) Kontrol proses inflamasi

Pengobatan peritonitis bersifat multidisiplin, dengan aplikasi komplementer intervensi medis, operatif, dan nonoperatif.

Dukungan medis meliputi:

- a) Terapi antibiotik sistemik
- b) Perawatan intensif dengan dukungan hemodinamik, paru, dan ginjal
- c) Dukungan nutrisi dan metabolisme
- d) Terapi *modulasi respons* inflamasi

3) Terapi Antibiotik

Terapi antibiotik digunakan untuk mencegah penyebaran

infeksi lokal dan hematogen dan untuk mengurangi komplikasi yang terlambat. Beberapa rejimen antibiotik yang berbeda tersedia untuk pengobatan infeksi intra-abdominal. Terapi spektrum luas dan terapi kombinasi telah digunakan. Infeksi rongga perut membutuhkan perlindungan untuk bakteri gram positif dan gram negatif, serta untuk *anaerob*. Cakupan *antipseudomonal* direkomendasikan pada pasien yang telah menjalani perawatan sebelumnya dengan antibiotik atau yang menjalani rawat inap berkepanjangan.

Durasi optimal terapi antibiotik harus individual dan tergantung pada patologi yang mendasarinya, tingkat keparahan infeksi, kecepatan dan efektivitas pengendalian sumber, dan *respons* pasien terhadap terapi. Antibiotik dapat dihentikan begitu tanda- tanda klinis infeksi telah teratasi. Kekambuhan merupakan masalah dengan infeksi tertentu, seperti yang berasal dari *Candida* dan *Staphylococcus aureus*, dan pengobatan harus dilanjutkan selama 2-3 minggu.

4) *Drainase* non-operatif

Drainase mengacu pada evakuasi abses. Jika abses terlokalisasi pada tingkat kulit dan jaringan superfisial yang mendasarinya, pengangkatan jahitan sederhana atau pembukaan luka mungkin cukup. Teknik perkutan lebih disukai ketika abses dapat dikeringkan sepenuhnya, dan debridemen dan perbaikan struktur anatomi tidak diperlukan. Faktor-faktor yang dapat mencegah kontrol sumber yang berhasil dengan drainase perkutan meliputi peritonitis difus, kurangnya lokalisasi proses infeksi, beberapa abses, tidak dapat diaksesnya anatomi, atau kebutuhan untuk debridemen bedah (Daley, 2019).

2. Laparatomi

a. Pengertian Laparatomi

Laparatomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut. Laparatomi termasuk salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan- lapisan dinding abdomen untuk mendapataka bagian organ abdomen yang mengalami masalah (pendarahan, perforasi, kanker, dan obstruksi).

b. Tujuan Tindakan Laparatomi

Laparatomi eksplorasi digunakan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan. Prosedur ini dapat direkomendasikan pada pasien yang mengalami nyeri abdomen yang tidak diketahui penyebabnya atau pasien yang mengalami trauma abdomen (Smeltzer, 2014).

c. Jenis Sayatan Laparatomi

Ada empat jenis sayatan pada pembedahan laparatomi menurut Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) yaitu:

- 1) *Midline incision*
- 2) *Paramedian*
- 3) *Transverse upper abdomen*
- 4) *Ransverse lower abdomen incision*

d. Indikasi Laparatomi

Adapun indikasi dilakukannya laparatomi diantaranya yaitu :

- 1) Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / *rupture hepar*
- 2) Peritonitis
- 3) Perdarahan saluran pencernaan (*Internal Bleeding*)
- 4) Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- 5) Masa pada abdomen

D. Jurnal Terkait

1. Asuhan keperawatan Togatorop (2020) dalam Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien Peritonitis dengan Tindakan Laparatomi di Ruang OK Rumah Sakit Airan Raya Lampung Selatan Tahun 2020 didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 3 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain: ansietas berhubungan dengan krisis situasional, resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan dan nyeri akut berhubungan dengan post prosedur operasi laparatomi.
2. Asuhan keperawatan Wirawan (2020) dalam Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien dengan Tindakan Laparatomi atas Indikasi Trauma Tumpul abdomen di Ruang Bedah Rumah Sakit Airan Raya Lampung Selatan didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin terdapat pada klien sesuai dengan data yang didapat penulis pada saat pengkajian, ditemukan 6 diagnosa yang dapat ditegakkan pada kasus, diagnosa tersebut antara lain: pada fase pre operasi yaitu nyeri akut dan resiko syok hipovolemik, pada fase intra operasi yaitu resiko cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan dan pada fase post operasi yaitu bersihan jalan napas tidak efektif, hipotermi dan nyeri akut.
3. Penelitian yang dilakukan Japanesa (2016) dengan judul penelitian Pola Kasus dan Penatalaksanaan Peritonitis Akut di Bangsal Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif retrospektif telah dilakukan dari September 2014 sampai dengan Oktober 2014 dengan teknik *total sampling* dan hasil penelitian yang didapatkan jumlah kasus peritonitis pada laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, distribusi umur terbanyak adalah kisaran 10-19 tahun, tipe peritonitis berdasarkan klasifikasi menurut etiologi peritonitis terbanyak adalah peritonitis sekunder umum akibat perforasi apendiks sebanyak 53 orang (54,1%), tatalaksana pembedahan yang sering dilakukan yaitu laparatomi eksplorasi dan apendektomi dan lama perawatan pasien dengan peritonitis yaitu kisaran 4-7 hari.

4. Penelitian yang dilakukan Sayuti (2020) dengan judul penelitian Karakteristik Peritonitis Perforasi Organ Berongga di RSUD Cut Meutia Aceh Utara. Pada penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian deskriptif *retrospektif* terhadap 45 sampel. Sampel diambil dengan teknik *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan jenis kelamin pasien laki-laki di dapatkan lebih banyak 30 orang (66,6%). Berdasarkan usia terbanyak berada pada kelompok usia 40-60 tahun sebanyak 18 orang (40%). Berdasarkan etiologi peritonitis perforasi, appendisitis perforasi merupakan penyebab terbanyak 20 orang (44,4%). Berdasarkan manifestasi klinis nyeri perut diderita 45 orang (100%) dan menjadi manifestasi tersering yang dialami. Berdasarkan tindakan operatif laparotomi eksplorasi dengan apendektomi merupakan tindakan terbanyak dilakukan ke 20 orang (44,4%). Berdasarkan post operatif komplikasi menunjukan bahwa tidak ada komplikasi yang berarti pada pasien sebanyak 37 orang (82,2%). Berdasarkan lama rawatan menunjukan 4-7 hari merupakan waktu yang dibutuhkan untuk pasien pulang sebanyak 24 orang (53,4%).