BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan konsep kebutuhan dasar

1. Konsep dasar kebutuhan manusia

   Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidapan dan kesehatan (Haswita & Sulistyowati, 2017)

   Menurut Abraham Maslow pada buku KDM Haswitadan Sulistyowati,2017 berdasarkan teori hierarki kebutuhan dasar manusia ada lima tingkatan, yaitu :

   a. Kebutuhan fisiologis

      merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

   b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan

      Kebutuhan ini dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis, perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindugan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.

   c. Kebuthan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki

      Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. Kebutuhan akan harga diri

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadapn diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri

Meruapakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontrikbusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh srimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu.

Nyeri bersifat sangat subjektif karena intensitas dan responnya pada setiap orang beda-beda. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

a. Long (1996) : Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.
b. Priharjo (1992) : secara umum, nyeri merupakan perasaan tidak nyaman baik ringan maupun berat.
c. Mc Coffery (1979) : nyeri merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seeorang yang keadaannnya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
d. Arthur C. Curton (1983) : Nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul karena jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.

e. Wolf Weifsel Feurst (1974) : Nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
f. International Association for study of pain (IASP) : nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

2. Fisiologi Nyeri

Cara nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Namun, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan derajat nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

1. Nosisepsi

Sistem saraf perifer mengandung saraf sensorik primer yang berfungsi mendeteksi kerusakan jaringan dan membangkitkan beberapa sensasi, salah satunya adalah adalah sensasi nyeri. Rasa nyeri dihantarkan oleh reseptor yang disebut nosiseptor. Nosiseptor merupakan ujung saraf perifer yang bebas dan tidak bermielin atau hanya memiliki sedikit mielin. Reseptor ini tersebar dikulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kantung empedu. Reseptor nyeri tersebut dapat dirangsang oleh stimulus mekanis, termal, listrik, atau kimiawi (misalnya histamin, bradiklinin dan prostaglandin).

Proses fisiologi yang terkait nyeri disebut nosisepsis. Proses ini terdiri atas 4 tahap yaitu sebagai berikut:

a. Transduksi

Rangsangan (stimulus) yang membahayakan memicu pelepasan mediator biokimia (misalnya: histamin, bradikinin, prostaglandin, substansi P). Mediator ini kemudian mensesitasi nosiseptor

b. Transmisi

Tahap transmisi sendiri terdiri atas 3 bagian adalah sebagai berikut:

1). Stimulasi yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls nyeri dari saraf perifer ke medula spinalis. Jenis nosiseptor yang terlibat dalam transmisi ini ada dua jenis yaitu serabut C dan serabut A-delta. Serabut C mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, sedangkan serabut A delta mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi.

2). Nyeri ditransmisikan dari medula spinalis ke batang otak dan talamus melalui jalur spinotalamikus(spinotalamic tract atau STT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi stimulus ke talamus.

3). Sinyal diteruskan ke korteks sensorik somatik (tempat nyeri dipersepsikan). Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonomik dan limbik.

c. Persepsi

Individual mulai menyadari nyeri dan tampak persepsi nyeri tersebut terjadi di struktur kortek sehingga memungkinkan timbulnya berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurangi komponen sensorik dan afektif nyeri.

d. Modulasi atau sistem desendens

Neuron dibatang otak mengirimkan sinyal-sinyal kembali ketanduk dorsal medula spinalis yang terkonduksi dengan nosiseptor impils supresif. Serabut desendens tersebut melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan nonepinefrin yang akan mengambat impuls asendens yang membahayakan dibagian dorsal medula spinalis.

2. Teori Gate Control

Teori gate control dikemukakan oleh Melzack dan Well pada 1965. Berdasarkan teori ini,fisiologi nyeri dapat dijelaskan sebagai berikut.

Akar dorsal pada medula spinalis terdiri atas beberapa lapisan atau laminae yang saling tertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terdapat substansi gelatinosa(subtantia gelatinosa atau SG) yang berperan seperti layaknya pintu gerbang yang memungkinkan atau menghalangi masuknya impuls nyeri menuju otak. Substansi gelatinosa ini dilewati oleh saraf besar dan saraf kecil yang berperan dalam penghantar nyeri.

Pada mekanisme nyeri, rangsangan nyeri dihantarkan melalui serabut saraf kecil. Rangsangan pad serat kecil dapat menghambat substansi gelatinosa dan membuka pintu mekanisme sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan mengantarkan rangsangan nyeri.

Rangsangan nyeri yang dihantarkan melalui saraf kecil dapat dihambat apabila terjadi rangsangan pada saraf besar. Rangsangan pada saraf besar akan mengakibatkan aktivitas substansi gelatinosa meningkat sehingga pintu mekanisme tertutup dan hantaran rangsangan pun terhambat. Rangsangan yang melalui saraf besar dapat langsung merambat ke korteks serebri agar dapat diidentifikasi dengan cepat (Haswita,Reni sulistyowati, 2017).

3. Teori Penghantar Nyeri

Beberapa teori tentang penghantaran nyeri sebagai berikut. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

a. Teori Pemisahan(Specificity)

Rangsangan nyeri masuk melalui gan glion dorsal ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinapsis di daerah posterior. Rangsangan tersebut kemungkinan naik ke tractus lisur dan menyilang digaris median ke sisi lainnya. Rangsangan nyeri berakhir di korteks sensori tempat nyeri berakhir di korteks

sensoris tempat nyeri tersebut diteruskan. Proses penghantar nyeri ini tidak memperhitungkan aspek fisiologis dan respons nyeri.

b. Teori Pola

Rangsangan nyeri masuk ke medula spinalis melalui ganglion akar dorsal dan merangsang aktivitas sel Tyang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri ke korteks serebri.Nyeri yang terjadi merupakan efek gabungan dari intensitas rangsangan dan jumlah rangsangan pada ujung dorsal medua spinalis. Proses ini tidak termasuk aspek fisiologis

c. Teori Pengendalian Gerbang (Gate Control)

Rangsangan nyeri dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal medula spinalis. Saraf besar dan saraf kecil pada ganglion akar dorsalis memungkinkan atau menghalangi penghantar rangsangan nyeri.

d. Teori transmisi dan inhibisi

Stimulus yang mengenai nosiseptor memulai transmisi (penghantaran) impuls saraf.Transmisi ini menjadi efektif karena terdapat neurotransmiter yang spesifik. Inhibisi impuls nyeri juga menjadi efektif karena terdapat impuls pada serabut besar yang menghalani impuls pada serabut lambat dan sistem supresi opiat endogen.

4. Stimulus Nyeri

Beberapa faktor dapat menjadi stimulus nyeri atau menyebabkan nyerikarena menekan reseptor nyeri. Contoh faktor-faktor tersebut adalah trauma atau gangguan pada jaringan tubuh, tumor, iskemia pada jaringan, dan spasme otot.

5. Klarifikasi Nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan jenis dan bentuknya. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

1. Jenis Nyeri

Berdasarkan jenisnya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyerisentral, dan nyeri psikogenik.

a. Nyeri perifer

Nyeri perifer dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu sebagai berikut.

1. Nyeri superisial rasa nyeri muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
2. Nyeri viseral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada eseptor nyeri di ronggga abdomen,kranium dan thoraks
3. Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan didaerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

b. Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

c. Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan oleh faktor psikologis. Selain jenis-jenis nyeri yang telah disebutkan sebelumnya, terdapat juga beberapa jenis nyeri yang lain. Contohnya adalah sebagai berikut.

Nyeri somatik: nyeri yang berasal dari tendon, tulang, saraf, dan pembuluh darah.

a. Nyeri menjalar : nyeri yang terasa di bagian tubuh yang lain, umumnya disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada organ viseral.
b. Nyeri neurologis: bentuk nyeri tajam yang disebabkan oleh spasme di sepanjang atau di beberapa jaur saraf.
c. Nyeri phantom : nyeri yang diraakan pada bagian tubuh yang hilang, misalnya pada bagian kaki yang sebenarnya sudah diamputasi.

2. Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri secara umum dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronis. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. Umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sember nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa katagori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Tabel 2.1

Perbedan antara nyeri akut dan nyeri kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap,tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	Enam bulan lebih sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri umumnya diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak

		nyeri sehingga dievaluasi
Gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi

6. Pengalaman nyeri

Pengalaman nyeri seseorang dipengaruhhi oleh beberapa faktor, yaitu sebagai berikut:

1. Arti atau makna nyeri

Nyeri bersifat sangat subjektif sehinga memiliki arti atau makna yang berbeda bagi setiap orang, bahkan berbeda juga untuk orang yang sama pada waktu yang berbeda. Sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, misalnya membahayakan, merusak, menunjukkan adanya komplikasi (misalnya infeksi), menyebabkan ketidakmampuan, dan memerlukan penyembuhan. Arti nyeri antara lain dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, lingkungan, latar belakang sosial budaya, serta pengalaman nyeri sekarang dan masa lalu.

2. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif yang berpusat di area koteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dapat timbul akibat rangsangan yang dihantarkan menuju jalur spinotalamikus dan talamiko kortikalis. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nosiseptor

dan transmisi impuls nosiseptor, misalnya daya reseptif serta interpretasi kortikal

3. Toleransi terhadap Nyeri (Pain tolrance)

   Toleransi terhadap nyeri berhubungan erat dengan intensitas nyeri yang membuat seseorang sanggup menhan nyeri sebelum meminta bantuan dari orang lain. Jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri disebut juga ambang nyeri (pain thresbold).

   Faktor-faktor yang dapat meningkatkan toleransi nyeri antara lain adalah alkohol, obat-obatan, hipnosis, kepercayaan yang kuat, pengalihan perhatian,dan gesekan serta garukan. Faktor-faktor yang menurunkan toleransi nyeri antara lain adalah kelelahan atau keletihan, rasa marah, rasa bosan, kecemasan, kondisi sakit, dan nyeri yang tak kunjung hilang.

4. Reaksi terhadap Nyeri

   Reaksi seseorang pada saat mengalami nyeri berbeda-beda, contohnya ketakutan, gelisah, cemas, mengerang, menangis, menjerit-jerit, berjalan mondar mandir, tidur sembari menggeretakkan gigi, mengeluarkan banyak keringat, dan mengepalkan tangan.

   Reaksi nyeri dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, lokasi nyeri, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, usia, serta rasa takut dan cemas.

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri dapat diukur dengan cara, antara lain dengan menggunkan skala nyeri menurut Hayward, skala nyeri menurut McGill(McScale), dan skala wajah atau wong baker faces rating scale. (Haswita,Reni sulistyowati, 2017)

1. Numeric Rating Scale (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. Skala numerik dari 0 hingga 10, di bawah, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2.1

Numeric Rating Scale (NRS)

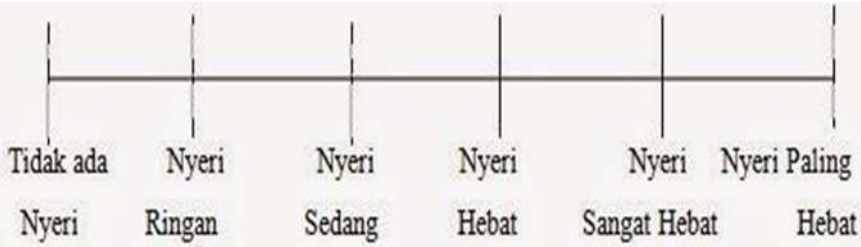
Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

2. Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Gambar 2.2

Verbal Rating Scale (VRS)

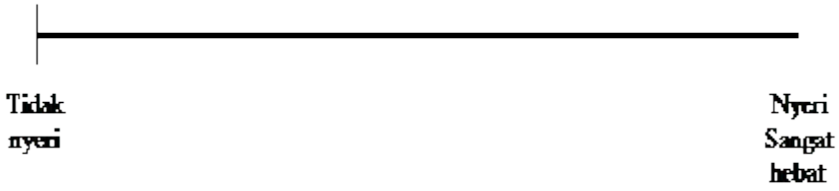


Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

3. Visual Analog Scale (VAS)

Visual Analog Scale (VAS) adalah skala linear yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter (Gambar 2.3). Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya atau reda rasa nyeri. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaan sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.

Gambar 2.3
Visual Analog Scale (VAS)



Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

4. Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya. Skala Nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, "Tidak ada sakit hati" sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan "Sakit terburuk". Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi, dan orang yang tidak bisa berbahasa inggris, sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.

Gambar 2.4

Wong Baker FACES Pain Rating Scale

Sumber : (Kozier, 2011)

8. Penanganan nyeri

1) Farmakologi

a) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik juga dikenal sebagai agonis narkotik, dan bekerja pada sistem saraf pusat untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat. Analgesik narkotik juga digunakan untuk menekan batuk dengan bekerja pada pusat pernafasan dan batuk di medula batang otak.

Opioid adalah kategori analgesik narkotik. Semua pereda nyeri, kecuali meperidi (Demerol), memiliki efek antitusif (penekan batuk) dan anti diare.

Tabel 2.2

Analgesik narkotik

Analgesik narkotik lain (kelompok opioid dan sintetik)	
Obat	Penggunaan
Kodein (sulfat, fosfat), CSS II	Untuk nyeri ringan hingga sedang
Hidromorfon HCI (Dilaudid) CSS II	Untuk nyeri berat
Levorfanol tartrat (levo-	Untuk nyeri sedang hingga berat

Dromoran) CSS II	
Meperidin (Demerol) narkotik sintetik CSS II	Untuk nyeri sedang
Fentanil (Duragesic, Sublimaze) CSS II	Aksi singkat-digunakan untuk pembedahan singkat; plester/koyo untuk mengontrol nyeri kronis
Sufentanil (Duragesic, Sublimaze) CSS II	Aksi singkat-diguanakan sebagai bagian dari anestesi seimbang
Metadon (Dolophin)	Mirip dengan morfin namun durasi aksi lebih lama; digunakan pada program penatalaksanaan penyalahgunaan obat

(Dr. Mary Kamienski,2015)

b) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asctaminefen, danibuprofen sebagai tambahan anti efek juga memiliki efek astiinflamani dan anti piretik. Obat ini menyebabkan perurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandi dari jaringan yang mengalami trauma atau implamasii (Smeltzer &Bare, 2001) Efek samping yang paling umum adalah terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2) Non Farmakologi

a) Relivasi Progresif. Relaksasi merupakan kebcbasan mental dan fisik dan pertemuan stres, Teknik relaksani memberikan individu control diri ketika terjadi rasa nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri (Potter & Perry,2007)

b) Stimulasi Kutaneus Plasebo, Plasebo merupakan kemungkinan dapat dilakukan farmakalogis. Dalam bentuk yang terkenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Tamsuri, 2007).

c) Teknik Distraksi, Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang membuat pasien akan lupa terhadap perawatan yang dialami.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawtaan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Sumirah dalam Konsep Dasar Keperawatan, 2016) .

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Provocative/palliative

– Apa penyebabnya:

Penyebab nyeri klien akibat dari penyakit peritonitis, klien sering merasakan nyeri di daerah sebelah kiri jika terlalu banyak bergerak dan terlalu banyak beraktifitas.

- Hal-hal yang memperbaiki keadaan:

  Nyeri yang dirasakan klien akan hilang jika istirahat sejenak atau mendapatkan terapi otot farmakologi, nyeri yang dirasakan klien bisa timbul secara mendadak atau tiba-tiba.

b) Quantity/quality

- Bagaimana diraskan

  Nyeri yang dirasakan seperti kembung dan menyebar sampai ke pinggang dan punggung.

- Bagaimana dilihat

  Jika klien merasakan nyeri, wajah klien terlihat pucat dan meringis kesakitan saat dikaji nyeri pada skala 4.

c) Region

- Dimana lokasinya

  Disekitar abdomen sebelah kiri

- Apakah menyebar

  Menyebar sampai ke pinggang dan punggung

d) Severity

Keadaan ini sangat mengganggu aktivitas klien, pola tidur klien sering mual karena nyeri ulu hati, karena nyeri dapat timbul secara tiba-tiba.

e) Time

Hal ini sudah dirasakan klien sejak seminggu sebelum klien dibawa ke RS.

2) Riwayat Kesehatan dahulu. Pengkajian kesehatan masa lalu bertujuan untuk menggali berbagai kondisi yang memberikan dampak terhadap kondisi saat ini. Perawat mengkaji riwayat masuk rumah sakit dan penyakit berat yang pernah diderita, penggunaan obat-obatan, dan adanya alergi.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada peeritonitis dilakukan dengan cara yang sama seperti pemeriksaan fisik lainnya, yaitu dengan:

1) *Infseksi*
   a) Pasien tampak dalam mimik menderita
   b) Tulang pipi tampak menonjol dengan pipi yang cekung, mata cekung
   c) Lidah sering tampak kotor tertutup kerak putih, kadang putih kecoklatan
   d) Pernafasan kostal, cepat dan dangkal. Pernafasan abdominal tidak tampak karena dengan pernafasan abdominal akan terasa nyeri akibat perangsangan peritoneum.
   e) Distensi perut.
2) Palpasi

   Nyeri tekan, nyeri lepas dan defense muskuler positif
3) *Perkusi*
   a) Nyeri ketok positif
   b) Hipertimpani akibat dari perut yang kembung
   c) Redup hepar hilang, akibat perforasi usus yang berisi udara sehingga udara akan mengisi rongga peritoneal, pada perkusi hepar terjadi perubahan suara redup menjadi timpani.
4) Auskultasi

   Suara bising usus berkurang sampai hilang

2. Pemeriksaan Diagnostik

Anamnesa yang jelas, evaluasi cairan peritoneal, dan tes diagnostik tambahan sangat diperlukan untuk membuat suatu diagnosis yang tepat sehingga pasien dapat di terapi dengan benar.

Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium didapat:

a. Lekositosis (lebih dari 11.000 sel/...L) dengan pergeseran ke kiri pada hitung jenis. Pada pasien dengan sepsis berat, pasien imunokompromais dapat terjadi lekopenia.
b. Asidosis metabolik dengan alkalosis respiratorik.

Pada foto polos abdomen didapatkan:

a. Bayangan peritoneal fat kabur karena infiltrasi sel radang
b. Pada pemeriksaan rontgen tampak udara usus merata, berbeda dengan gambaran ileus obstruksi
c. Penebalan dinding usus akibat edema
d. Tampak gambaran udara bebas
e. Adanya eksudasi cairan ke rongga peritoneum, sehingga pasien perlu dikoreksi cairan, elektrolit, dan asam basanya agar tidak terjadi syok hipovolemik

Pemeriksaan penunjang lain yang bisa dilakukan adalah dengan USG abdomen, CT scan, dan MRI.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawtan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau

respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, Edisi 1, Cetakan III 2017).

Menurut (Carpenito, 2013 & Perry, 2013) jenis-jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut :

a. Diagnosis Aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien birisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis Promosi Kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik dan optimal.

Menurut SDKI (2017) masalah keperawatan yang muncul pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan rasa nyaman nyeri antara lain yaitu nyeri akut, nutrisi kurang dari kebutuhan, intoleransi aktifitas. Diantara masalah keperawatan tersebut kondisi klinis terkait dengan peritonitis adalah nyeri akut, dan Disfungsi mobilitas gastrointestinal Nyeri akut

1) Definisi nyeri akut

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 3 bulan.

2) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
b) Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritasi)
c) Agen pencedera fisik (mis. Abses amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

a). Mengeluh nyeri

Objektif

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

4) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

a) Tekanan darah meningkat
b) Pola nafas berubah
c) Nafsu makan berubah
d) Proses berfikir terganggu
e) Menarik diri
f) Berfokus pada diri sendiri
g) Diaforesis

5) Kondisi klinis terkait

a) Kondisi pembedahan
b) Cedera traumatis
c) Infeksi
d) Sindrom koroner akut
e) Glaukoma

a. Disfungsi mobilitas gastrointestinal

1) Definisi Disfungsi mobilitas gastrointestinal

Peningkatan, penurunan, tidak efektif atau kurangnya aktifitas peristaltik gastrointestinal.

2) Penyebab
    a) Asupan enteral
    b) Intoleransi makanan
    c) Imobilisasi
    d) Makanan kontaminan
    e) Malnutrisi
    f) Pembedahan
    g) Efek agen farmakologi (mis. Narkotik/opiat, antibiotik, laksatif, anastasia)
    h) Proses penuaan
    i) kecemasan
3) Gejala dan tanda mayor
    Subjektif
        a) Mengungkapkan flatus tidak ada
        b) Nyeri/kram abdomen
    Objektif
        a) Suara peristaltik berubah (tidak ada, hipoaktif, atau hiperaktif)
4) Gejala dan tanda minor
    Subjektif
        a) Merasa mual
    Objektif
        a) Residu lambung,meningkat atau menurun
        b) Muntah
        c) Regusgitasi
        d) Pengosongan lambung cepat
        e) Distensi abdomen
        f) Diare
        g) Feses kering dan susah keluar
        h) Feses keras

5) Kondisi klinis terkait
    a) Pembedahan abdomen atau usus
    b) Malnutrisi
    c) Kecemasan
    d) Kanker empedu
    e) Kolesistektomi
    f) Infeksi pencernaan
    g) *Gastroesophageal reflux disease* (GERD)
    h) Dialisis peritoneal
    i) Terapi radiasi
    j) Multiple organ dysfunction syndrome

4. Intervensi keperawatan

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
Nyeri akut	Manejemen nyeri Definisi: mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Tindakan Observasi: – Identifikasi lokasi,karakteristik,	– Aromaterapi – Dukungan hipnosis diri – Dukungan pengungkapan kebutuhan – Edukasi efek samping obat – Edukasi manajemen nyeri – Edukasi proses penyakit – Edukasi teknik nafas – Kompres dingin

	durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri – Identifikasi skala nyeri – Identifikasi respon nyeri non verbal – Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri – Identifikasi pengetahuan dan keyakianan tentang nyeri – Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri – Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup – Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan – Monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik: – Berikan teknik	– Kompres panas – Konsultasi – Latihan pernafasan – Manajemen efek samping obat – Manajemen kenyamanan lingkungan – Manajemen medikasi – Manajemen sedasi – Manajemen terapi radiasi – Pemantauan nyeri – Pemberian obat – Pemberian obat intravena – Pemberian obat oral – Pemberian obat topikal – Pengaturan posisi – Perawatan amputasi – Perawatan kenyamanan – Teknik distraksi – Teknik imajinasi terbimbing – Terapi akupresur – Terapi akupuntur

	nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi bimbingan, kompres hangat/dingin, terapi bermain) – Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) – Fasilitas istirahat dan tidur – Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: – Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri – Jelaskan strategi meredakan nyeri	– Terapi bantuan hewan – Terapi humor – Terapi *murattal* – Terapi musik – Terapi pemijatan – Terapi ralaksasi – Terapi sentuhan – *Transcutaneous elektrical nerve stimulation (TENS)*

	– Anjurkan monitor nyeri secara mandiri – Anjurkan mengunakan analgesik secara tepat – Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: – Kolaborasi pemberian analgesik, *jika perlu* Pemberian analgesik Definisi: Menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit. Tindakan Observasi: – Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) – Identifikasi riwayat	

	alergi obat – Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri – Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik – Monitor efektifitas analgesik Terapeutik: – Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, *jika perlu* – Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum – Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan	

	respons pasien – Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi: – Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi: – Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik,sesuai indikasi	
Disfungsi mobilitas gastrointestinal	Manajemen nutrisi Definisi: Mengidentifikasi dan mengola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan Observasi: – Identifikasi status nurtisi – Identifikasi alergi dan intoleransi makanan – Identifikasi makanan yang disukai – Identifikasi	– Dukungan kepatuhan program pengobatan – Edukasi diet – Edukasi proses penyakit – Insersi selang nasogastrik – Irigasi kolostomi – Konseling nutrisi – Konsultasi – Manajemen diare – Manajemen eliminasi fekal

	kebutuhan kalori dan jenis nutrien – Identifikasi penggunaan selang nasogastrik – Monitor asupan makanan – Monitor berat badan – Monitor hasil pemeriksaan labolatorium Terapeutik – Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu – Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis, piramida makanan) – Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai – Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi – Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein – Berikan suplemen	– Manajeman konstipasi – Manajemen mual – Manajemen muntah – Manajemen obat – Manajemen reaksi alergi – Manajemen nutrisi – Pemberian enema – Pemberian makanan enteral – Pemberian obat intervena – Pemberian obat oral – Penurunan flatus – Perawatan inkontinensia fekal – Perawatan selang gastrointestinal – Perawatan stoma

	makanan, jika perlu – Hentikan peberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi – Anjurkan posisi duduk, jika mampu – Ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi – Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis, pereda nyeri, antiemetik), jika perlu – Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu Pengontrolan infeksi Definisi: Mengendalikan penyebaran infeksi dan perburukan komplikasi akibat infeksi Tindakan Observasi	

	– Identifikasi pasien pasien yang mengalami penyakit infeksi menular Terapeutik – Terapkan kewaspadaan universal (mis. Cuci tangan aseptik, gunakan alat pelindung diri seperti masker, srung tangan, pelindung wajah, pelindung mata, apron, sepatu bot sesuai model transmisi mikroorganisme) – Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan positif untuk pasien yang mengalami penurunan imunitas – Tempatkan pada ruang isolasi bertekanan negatif untuk pasien dengan resiko penyebaran infeksi	

	via droplet atau udara – Sterilisasi dan desinfektan alat alat, furnitur, lantai, sesuai kebutuhan – Gunakan hepafilter pada area khusus (mis. Kamar operasi) – Berikan tanda khusus untuk pasien-pasien dengan penyakit menular Edukasi – Ajarkan cara cuci tangan dengan benar – Ajarkan etika batuk dan/atau bersin	

1. Implementasi

   Implementasi adalah fase ketika perawat megimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminology NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan) (Kozier, dkk, 2011).

2. Evaluasi

   Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan professional menentukan (a) kemajuan

klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan (b) keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah (Kozier, dkk, 2011).

Ekspektasi menurun

Tabel 2.4

Kriteria hasil

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut menglami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otor	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola nafas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5

Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Tabel 2.5

Standar luaran

Nyeri Akut	
Luaran Utama	Tingkat Nyeri
Luaran Tambahan	Fungsi Gastrointestinal
	Kontrol Nyeri
	Monilitas Fisik
	Penyembuhan Luka
	Perfusi Miokard
	Perfusi perifer
	Pola tidur
	Status kenyamanan
	Tingkat cedera
Nyeri kronis	
Luaran utama	Tingkat nyeri
Luaran tambahan	Kontrol gejala
	Kontrol nyeri
	Mobilitas fisik
	Status kenyamanan
	Pola tidur
	Tingkat agitasi
	Tingkat ansietas
	Tingkat depresi

C. Konsep Penyakit Peritonitis

1. Definisi

Peritonitis adalah inflamasi peritonium-lapisan membran serosa rongga abdomen dan meliouti viresela. Biasanya, akibat dari infeksi

bakteri: organisme yang berasal dari penyakit saluran gastrointestinal atau pada wanita dari organ reproduksi internal. (Brunner&suddarth, 2002)

Peritonitis dapat diklasifikasikan menjadi peritonitis primer, peritonitis sekunder, dan peritonitis tersier. Peritonitis primer disebabkan oleh penyebaran infeksi melalui darah dan kelenjar getah bening di peritoneum dan sering dikaitkan dengan penyakit sirosis hepatis. Peritonitis sekunder disebabkan oleh infeksi pada peritoneum yang berasal dari traktus gastrointestinal yang merupakan jenis peritonitis yang paling sering terjadi. Peritonitis tersier merupakan peritonitis yang disebabkan oleh iritan langsung yang sering terjadi pada pasien *immunocompromised* dan orang-orang dengan kondisi komorbid.

Peritonitis sekunder umum yang bersifat akut disebabkan oleh berbagai penyebab. Infeksi traktus gastrointestinal, infeksi traktus urinarius, benda asing seperti yang berasal dari perforasi apendiks, asam lambung dari perforasi lambung, cairan empedu dari perforasi kandung empedu serta laserasi hepar akibat trauma.

2. Etiologi Peritonitis

    1) Infeksi bakteri
        - Mikroorganisme berasal dari penyakit saluran gastrointestinal
        - Appendisitis yang meradang dan perporasi
        - Tukak peptik (lambung / dudenum)
        - Tukak thypoid
        - Tukak disentri amuba / colitis
        - Tukak pada tumor
        - Salpingitis
        - Divertikulitis

        Kuman yang paling homolitik, stapilokokus aurens,b dan u sering ialah bakteri coli, streptokokus enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

    2) Secara langsung dari luar.
        - Operasi yang tidak steril

- Terkontaminasi talcum venetum, lycopodium, sulfonamida, terjadi peritonitis yang disertai pembentukan jaringan granulomatosa sebagai respon terhadap benda asing, disebut juga peritonitis granulomatosa serta merupakan peritonitis lokal.
- Trauma pada kecelakaan seperti rupturs limpa, ruptur hati
- Melalui tuba fallopius seperti cacing enterobius vermikularis. Terbentuk pula peritonitis granulomatosa

3) Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernafasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glumerulonepritis.

   Penyebab utama adalah streptokokus atau pnemokokus.

4) Infeksi pada abdomen dikelompokan menjadi peritonitis infeksi (umum) dan abses abdomen (lokal) infeksi peritonitis relative sulit ditegakkan dan sangat bergantung dari penyakit yang mendasarinya. Penyebab peritonitis ialah spontaneous bacterial peritonitis (SBP) akibat penyakit hati yang kronik. SBP bukan terjadi karena infeksi intaabdomen, tetapi biasanya terjadi pada pasienyang asites terjadi kontaminasi hingga ke rongga peritoneal sehingga menjadi translokasi bakteri menuju dinding perut atau pembuluh limfe mesenterium, kadang terjadi penyebaran hematogen jika terjadi bakterimia dan penyebab penyakit hati yang kronik. Semakin rendah kadar protein cairan asites semakin tinggi resiko terjadinya peritonitis dan abses, ini terjadi karna ikatan opsonisasi yang rendah antar molekul. Komponen asites pathogen yang sering menyebabkan infeksi adalah bakteri gram negative E.coli 40%, klebsiella pneumoniae 7%, spesies pseudomonas, proteus dan gram lainnya 20% dan bakteri gram positif yaitu strptokokus pneumoniae 15%, jenis streptokokus lain

15% dan golongan staphylokokus 3%. Selain itu juga terdapat anaerob dan infeksi campur bakteri.

3. Klasifikasi Peritonitis

Berdasarkan penyebabnya, Peritonitis dibedakan menjadi dua jenis, yaitu peritonitis primer dan peritonitis sekunder

1) Peritonitis primer

Terjadi biasanya pada anak-anak dengan syndroma nefritis atau serosis hati lebih banyak terdapat pada anak-anak perempuan dari pada laki-laki. Peritonitis terjadi tanpa adanya sumber infeksi dirongga peritonium, kuman masuk kerongga peritonium melalui aliran darah atau pada pasien perempuan melalui saluran alat genital.

2) Peritonitis sekunder

Peritonitis terjadi bila kuman masuk kerongga peritonuim dalam jumlah yang cukup banyak. Biasanya dari lumen saluran cerna. Peritonitis biasanya dapat masuknya bakteri melalui saluran getah bening diafragma tetapi bila banyak kuman masuk secara terus menerus akan terjadi peritonitis, apabila ada rangsangan kimiawi karena masuknya asam lambung, makanan, tinja, Hb dan jaringan nekrotik atau biila imunitas menurun. Biasanya terdapat campuran jenis kuman yang menyebabkan peritonitis, sering kuman-kuman aerob dan anaeron, peritonitis juga sering terjadi bila ada sumber intra peritoneal seperti appendixitis, salpingitis, kolesistitis, pangkreatitis, dan sebagainya.

Bila ada trauma yang menyebabkan ruptur pada saluran cerna / perporasi setalah endoskopi, kateterisasi. Biopsi dan polipektomi endoskopik, tidak jarang pula setelah perporasi spontan pada tukak peptik atau keganasan saluran cerna,

tertelannya benda asing yang tajam juga dapat menyebabkan perporasi dan peritonitis.

3) Peritonitis karna pemasangan benda asing kedalam rongga peritoneon yang menimbulkan peritonitis adalah :

- Kateter ventrikulo – peritoneal yang dipasang pada pengobatan hidrosefalus/
- Kateter peritoneal – jugular untuk mengurangi asites
- Continous ambulatory peritoneal dialysis

(Nanda Nic-Noc jilid 3,cetakan 1,2015)

4. Gejala klinis

Gejala klinis peritonitis yang terutama adalah nyeri abdomen. Nyeri dapat dirasakan terus-menerus selama beberapa jam, dapat hanya di satu tempat ataupun tersebar di seluruh abdomen. Dan makin hebat nyerinya dirasakan saat penderita bergerak.

Gejala lainnya meliputi:

- Demam

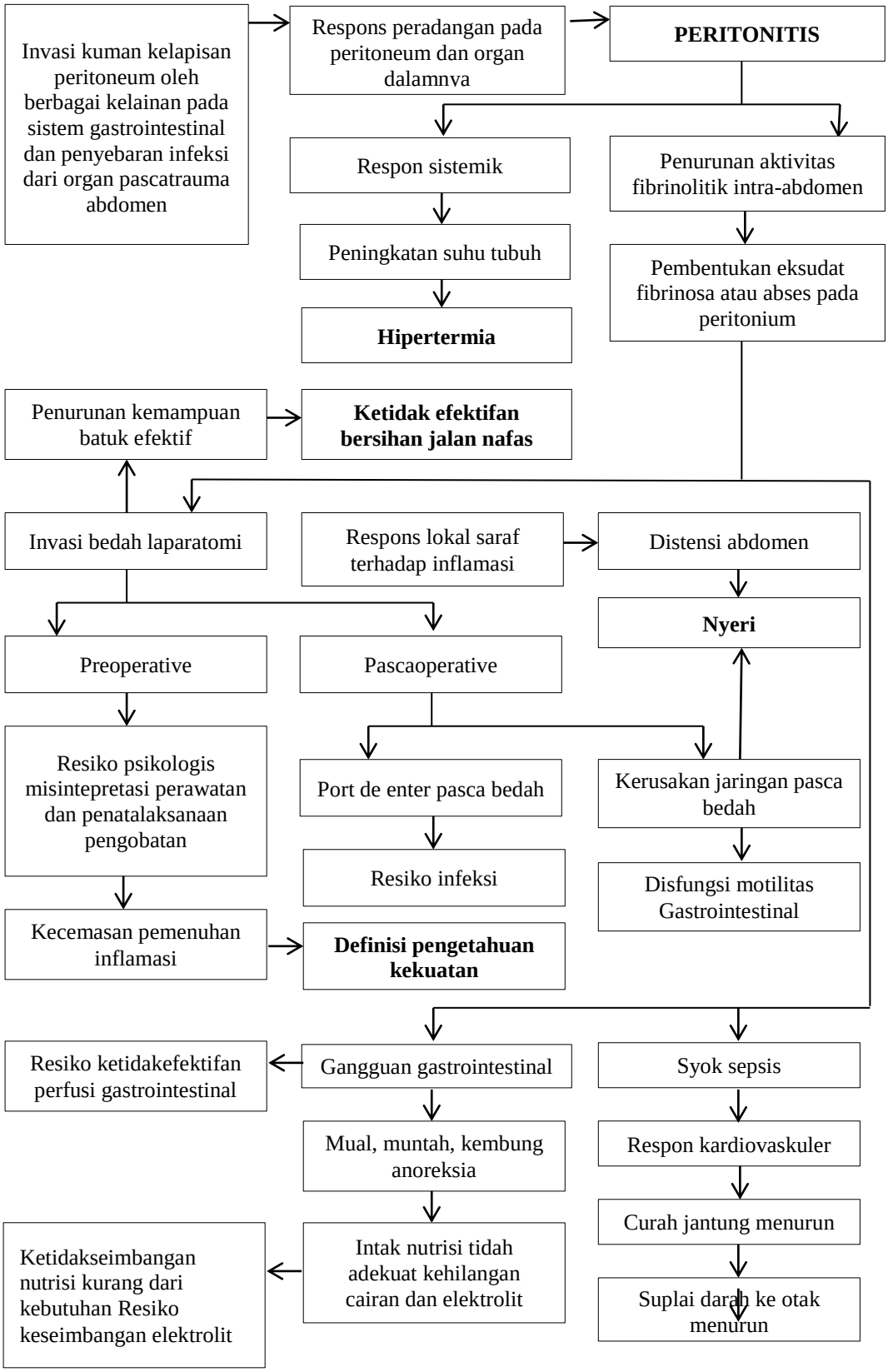
  Temperatur lebih dari 38^0 C, pada kondisi sepsis berat dapat hipotermia
- Mual dan muntah

  Timbul akibat adanya kelainan patologis organ visera atau akibat iritasi peritoneum
- Adanya cairan dalam abdomen, yang dapat mendorong diafragma mengakibatkan kesulitan bernafas.

Dehidrasi dapat terjadi akibat ketiga hal diatas, yang didahului dengan hipovolemik intravaskular. Dalam keadaan lanjut dapat terjadi hipotensi, penurunan output urin dan syok.

- Distensi abdomen dengan penurunan bising usus sampai tidak terdengar bising usus

- Rigiditas abdomen atau sering disebut ’perut papan’, terjadi akibat kontraksi otot dinding abdomen secara volunter sebagai respon/antisipasi terhadap penekanan pada dinding abdomen ataupun involunter sebagai respon terhadap iritasi peritoneum
- Nyeri tekan dan nyeri lepas
- Takikardi, akibat pelepasan mediator inflamasi
- Tidak dapat BAB/buang angi

5. Pathway / patofisiologi

Gambar 2.6 pathway peritonitis