

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

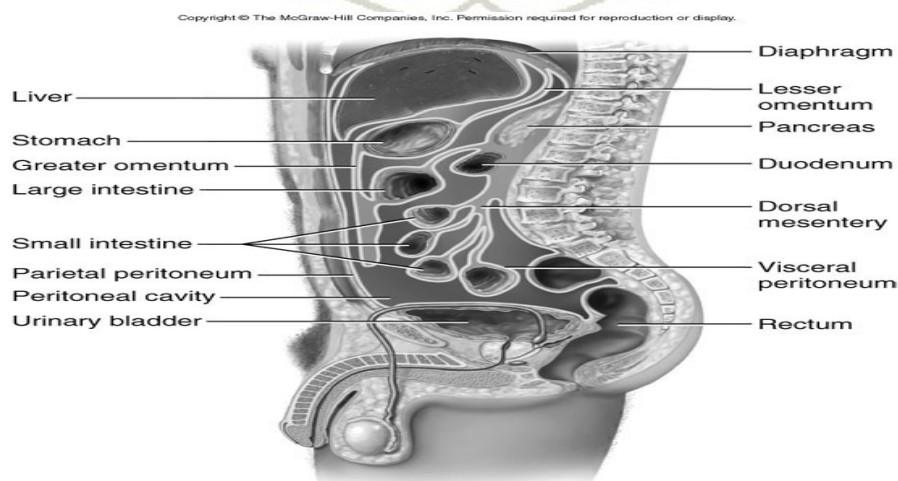
1. Pengertian

Peritoneum adalah membran serosa rangkap yang sebesar 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 pada peritoneum, suatu lapisan endotelial tipis yang kaya akan vaskularisasi dan aliran limpa (Jitwiyono & Kristiyanasari, 2012).

2. Anatomi dan Fisiologi



Gambar II. 1 Anatomi Peritonium

a. Anatomi

1) Peritoneum

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

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

2) Mesenterium

Yaitu lembaran ganda peritoneum yang berawal sebagai lanjutan peritoneum visceral pembungkus sebuah organ. Mesenterium berisi

jaringan ikat yang berisi pembuluh darah, pembuluh limfe (Pearce, 2009).

3) Omentum

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

4) Ligamentum Peritoneal

Yaitu lembar-lembar ganda peritoneum. Hepar dihubungkan pada dinding abdomen ventral oleh ligamentum falciforme dan aster dihubungkan pada permukaan kaudal diafragma oleh ligamentum gastrophenicul lien yang melipatkan balik pada hilum splenicum dan colon transversum oleh ligamentum gastroconicum. Plica peritonealis adalah peritoneum yang terangkat dari abdomen oleh pembuluh darah, saluran, dan pembuluh fetal yang telah mengalami obliterasi dan

resuccessus peritonealis adalah sebuah kantong peritoneal yang dibentuk oleh plica peritonealis (Pearce, 2009).

b. Fisiologi

Peritoneum adalah membran serosa rangkap yang terbesar dalam tubuh. Peritoneum terdiri dari atas dua bagian yaitu peritoneum parietal dan peritoneum viseral. Ruang yang terdapat di antara dua lapisan ini disebut ruang peritoneal atau kantong peritoneum. Banyak lipatan atau kantong yang terdapat dalam peritoneum sebuah lipatan besar atau omentum mayor yang kaya akan lemak bergantung di sebelah depan lambung (Pearce, 2009)

Omentum minor berjalan dari *porta hepatis* setelah menyelaputi hati ke bawah kurvatura minor lambung dan di sini bercabang menyelaputi lambung. Peritoneum ini kemudian berjalan keatas dan berbelok kebelakang sebagai mesokolon ke arah posterior abdomen dan sebagian peritoneum membentuk mesentrium usus halus. Omentum besar dan kecil, mesenterium sebagian besar organ-organ abdomen dan pelvis, dan membentuk perbatasan halus (Pearce, 2009).

3. Etiologi

Penyebab terjadinya peritonitis adalah bakteri, bakteri ini masuk ke rongga peritoneum dan terjadi peradangan. Etiologi

Peritonitis dapat disebabkan oleh kelainan di dalam abdomen berupa inflamasi dan penyulitnya misalnya perforasi appendisitis, perforasi tukak lambung, perforasi tifus abdominalis. Ileus obstruktif dan perdarahan oleh karena perforasi organ berongga karena trauma abdomen.

1. Infeksi bakteri

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

Kuman yang paling sering ialah bakteri Coli, streptokokus alpha dan beta hemolitik, stapilokokus aurens, enterokokus dan yang paling berbahaya adalah clostridium wechii.

1. Secara langsung dari luar.

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

2. Secara hematogen sebagai komplikasi beberapa penyakit akut seperti radang saluran pernapasan bagian atas, otitis media, mastoiditis, glomerulonefritis. Penyebab utama adalah streptokokus atau pneumokokus.

Bentuk peritonitis yang paling sering ialah Spontaneous bacterial Peritonitis (SBP) dan peritonitis sekunder. SBP terjadi bukan karena infeksi intra abdomen, tetapi biasanya terjadi pada pasien yang asites terjadi kontaminasi hingga rongga peritoneal sehingga menjadi translokasi bakteri menuju dinding perut atau pembuluh limfe mesenterium, kadang terjadi penyebaran hematogen jika terjadi bakterimia dan akibat penyakit hati yang kronik. Semakin rendah kadar protein cairan asites, semakin tinggi risiko terjadinya peritonitis dan abses. Ini terjadi karena ikatan opsonisasi yang rendah antar molekul komponen asites, pathogen yang paling 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 *Streptococcus pneumoniae* 15%, jenis *Streptococcus* lain 15%, dan golongan *Staphylococcus* 3%, selain itu juga terdapat anaerob dan infeksi campur bakteri. Peritonitis sekunder yang paling sering terjadi disebabkan oleh perforasi atau nekrosis (infeksi transmural) organ-organ dalam dengan inokulasi bakteri rongga peritoneal terutama disebabkan bakteri gram positif yang berasal dari saluran cerna bagian atas. Peritonitis tersier terjadi karena infeksi peritoneal berulang setelah mendapatkan terapi SBP atau peritonitis sekunder yang adekuat, bukan berasal dari kelainan organ, pada pasien peritonitis tersier biasanya timbul abses atau flagmon dengan atau tanpa

fistula. Selain itu juga terdapat peritonitis TB, peritonitis steril atau kimiawi terjadi karena iritasi bahan-bahan kimia, misalnya cairan empedu, barium, dan substansi kimia lain atau proses inflamasi transmural dari organ-organ dalam (Misalnya penyakit Crohn).

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012) peritonitis juga bisa disebabkan secara langsung dari luar seperti operasi yang tidak steril, terkontaminasi talcum veltum, lypodium, dan sulfonamida, serta trauma pada kecelakaan seperti ruptur limpa, dan ruptur hati.

4. Patofisiologi

Peritonitis menyebabkan penurunan aktivitas fibrinolitik intra abdomen (peningkatan aktivitas inhibitor aktivator plasminogen) dan fibrin karantina dengan pembentukan adhesi berikutnya. Produksi eksodakt fibrinosa merupakan reaksi penting pertahanan tubuh tetapi sejumlah bakteri dapat dikarantina dalam matriks fibrins. Matrin fibrin tersebut yang memproteksi bakteri dari mekanisme pembersih tubuh. (Muttaqin, 2001).

Efek utama dari fibrin mungkin berhubungan dengan tingkat kontaminasi bakteri peritoneal. Pada study bakteri campuran, hewan peritonitis mengalami efek sistemik defibrinogenasi dan kontaminasi peritoneal berat menyebabkan peritonitis berat dengan kematian dini (<48 jam) karena sangat sepsis (Muttaqin, 2011).

Pembentukan abses merupakan strategi pertahanan tubuh untuk mencegah penyebaran infeksi, namun proses ini dapat menyebabkan infeksi paristen dan sepsis yang mengancam jiwa. Awal pembentukan abses melibatkan pelepasan

bakteri dan agen potensi abses ke lingkungan yang steril. Pertahanan tubuh tidak dapat mengeliminasi agen infeksi dan mencoba mengontrol penyebaran melalui sistem kompartemen. Proses ini dibantu oleh kombinasi faktor-faktor yang memiliki fitur yang umum yaitu fagositosis. Kontaminasi transien bakteri pada peritoneal (yang disebabkan oleh penyakit viseral primer) merupakan kondisi umum. Resultan paparan antigen bakteri telah ditunjukkan untuk mengubah respon imun ke inokulasi peritoneal berulang. Hal ini dapat mengakibatkan peningkatan insiden pembentukan abses, perubahan konten bakteri, dan meningkatkan angka kematian. Studi terbaru menunjukkan bahwa infeksi nosokomial di organ lain (pneumonia, spesies, infeksi luka) juga meningkatkan kemungkinan pembentukan abses abdomen berikutnya (Muttaqin, 2011).

Faktor – faktor virulensi bakteri akan menghambat proses fagositosis sehingga menyebabkan pembentukan abses. Faktor-faktor ini adalah pembentukan kapsul, pembentukan fakultatif anaerob, kemampuan adhesi, dan produksi asam suksinat. Sinergi antara bakteri dan jamur tertentu mungkin juga memainkan peran penting dalam merusak pertahanan tubuh. Sinergi seperti itu mungkin terdapat antara *B. fragilis* dan bakteri gram negatif terutama *E. Coli*, dimana ko-inokulasi bakteri secara signifikan meningkatkan perforasi dan pembentukan abses (Muttaqin, 2011).

Abses peritoneal menggambarkan pembentukan sebuah kumpulan cairan yang terinfeksi dienkapsulasi oleh eksudat fibrinosa, mentum, dan sebelah organ viseral. Mayoritas abses terjadi selanjutnya pada peritonitis. Sekitar

setengah dari pasien mengembangkan abses sederhana, sedangkan separuh pasien yang lain mengembangkan sekunder abses kompleks fibrinosa dan organisasi dari bahan abses. Pembentukan abses terjadi paling sering di daerah subhepatik dan panggul, tetapi mungkin juga terjadi di daerah perisplenik, kantong yang lebih kecil, dan puteran usus kecil, serta mesenterium (Muttaqin, 2011).

Selanjutnya abses terbentuk diantara perlekatan fibrinosa, menempel menjadi satu permukaan sekitarnya. Perlekatan biasanya menghilang bila infeksi menghilang pula, tetapi dapat menetap sebagai pita-pita fibrinosa. Bila bahan yang menginfeksi terbesar luas pada permukaan peritoneum, maka aktivitas motilitas usus menurun dan meningkatkan resiko ileus peristaltik (Muttaqin, 2011).

Respon peradangan peritonitis juga menimbulkan akumulasi cairan karena kapiler dan membran mengalami kebocoran. Jika defisit cairan tidak dikoreksi dengan cepat dan agresif, maka akan menyebabkan kematian sel. Pelepasan berbagai mediator misal interleukin, dari kegagalan organ. Oleh karena tubuh mencoba untuk mengompensasi dengan cara retensi cairan dan elektrolit oleh ginjal, produk buangan juga ikut menumpuk. Takikardi awalnya meningkatkan curah jantung, tetapi kemudian akan segera terjadi bradikardi begitu terjadi syok hipovolemik (Muttaqin, 2011).

Organ – organ di dalam vakum peritoneum termasuk dinding abdomen mengalami edema. Edema disebabkan oleh permeabilitas pembuluh darah kapiler organ- organ tersebut meninggi. Pengumpulan cairan di dalam rongga

peritoneum dan lumen – lumen usus, serta edema seluruh organ intraperitoneal dan edema dinding abdomen termasuk jaringan retroperitoneal menyebabkan hipovolemia. Hipovolemik bertambah dengan adanya kenaikan suhu, intake yang tidak ada, serta muntah. Terjebaknya cairan di rongga peritoneum dan lumen usus, lebih lanjut meningkatkan tekanan intraabdomen, membuat usaha pernafasan penuh menjadi sulit dan menimbulkan perfusi (Muttaqin, 2011).

5. Tanda dan gejala

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2011) , tanda dan gejala dari peritonitis yaitu syok (neurologik dan hipovolemik) terjadi pada penderita peritonitis umum, demam, distensi abdomen, nyeri tekan abdomen, bising usus tidak terdengar, nausea, dan vomiting.

6. Penatalaksanaan.

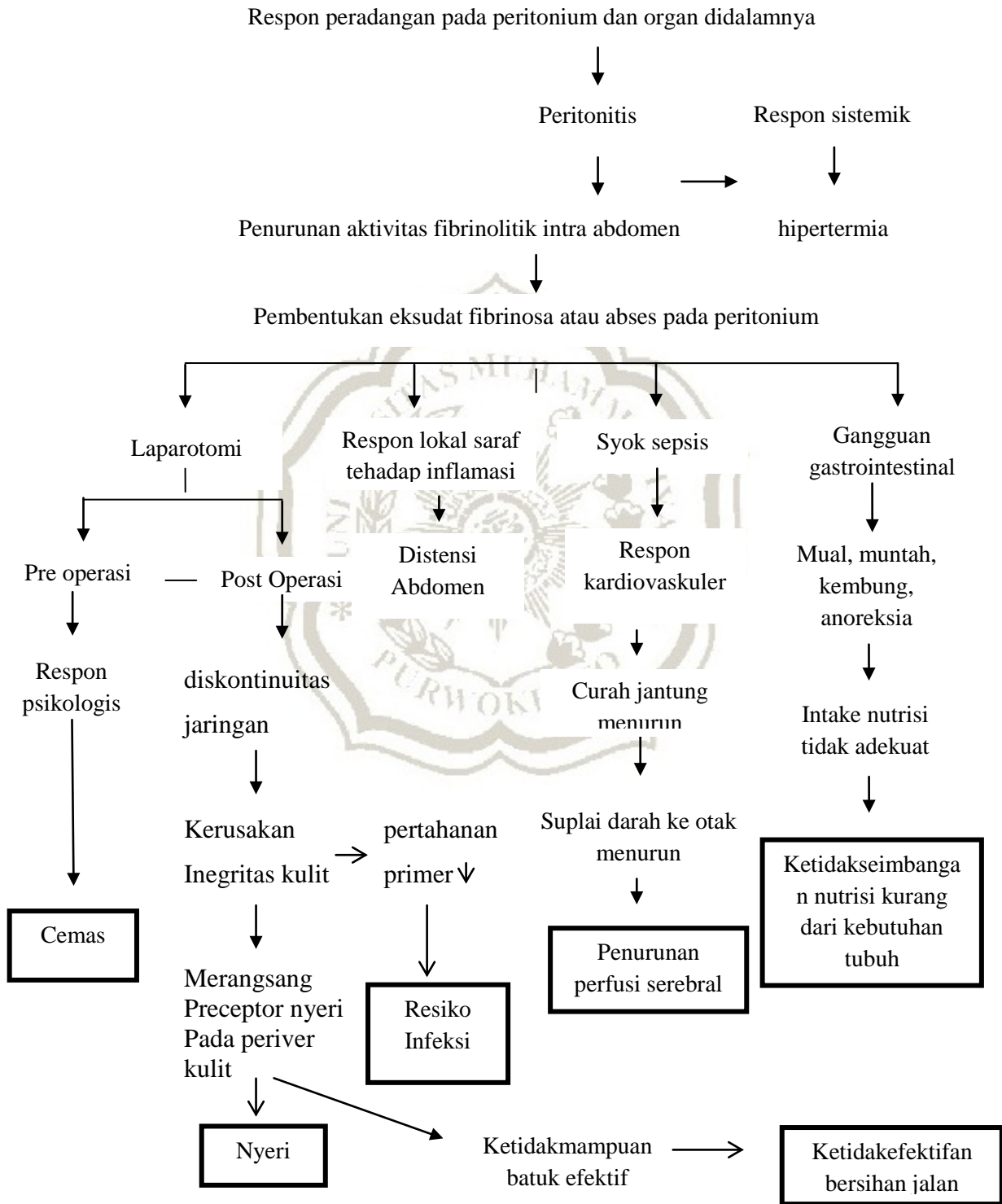
Menurut Kristiyanasari (2012) ada beberapa pemeriksaan diagnostik yang perlu diketahui yaitu test laboratorium : leukositosis, hematokrit meningkat dan asidosis metabolik meningkat. Untuk pemeriksaan X-Ray : foto polos abdomen 3 posisi (anterior, posterior, lateral), akan didapatkan ileus, usus halus dan usus besar dilatasi, dan udara dalam rongga abdomen terlihat pada kasus perforasi.

Menurut Muttaqin dan Sri (2011) pemeriksaan dapat membantu dalam mengevaluasi kuadran kanan misal prihepatic abses, kolesistitis biloma, pankreatitis, pankreas pseudocyst dan kuadran kiri misal appendiksitis, abses tuba ovarium, abses douglas, tetapi kadang pemeriksaan terbatas karena

adanya nyeri distensi abdomen dan gangguan gas usus, USG juga dapat untuk melihat jumlah cairan dalam peritoneal.



7 Pathway Keperawatan



Sumber: Muttaqin (2011)

5. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada peritonitis bakterial akut sekunder, dimana komplikasi tersebut dapat dibagi menjadi komplikasi dini dan lanjut, yaitu:

a. Komplikasi dini

Septikemia dan syok septic

Syok hipovolemik

Sepsis intra abdomen rekuren yang tidak dapat dikontrol dengan kegagalan multi system

Abses residual intraperitoneal

Portal Pyemia (misal abses hepar

b. Komplikasi lanjut

Adhesi

Obstruksi intestinal rekuren

6. Penatalaksanaan

Menurut Netina (2001), penatalaksanaan pada peritonitis adalah sebagai berikut :

- a. Penggantian cairan, koloid dan elektrolit merupakan focus utama dari penatalaksanaan medik.
- b. Analgesik untuk nyeri, antiemetik untuk mual dan muntah.
- c. Intubasi dan penghisap usus untuk menghilangkan distensi abdomen.

- d. Terapi oksigen dengan nasal kanul atau masker untuk memperbaiki fungsi ventilasi.
- e. Kadang dilakukan intubasi jalan napas dan bantuan ventilator juga diperlukan.
- f. Therapi antibiotik masif (sepsis merupakan penyebab kematian utama).
- g. Tindakan pembedahan diarahkan pada eksisi (appendiks), reseksi , memperbaiki (perforasi), dan drainase (abses).
- h. Pada sepsis yang luas perlu dibuat diversifekal

7. Penatalaksanaan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan tahap yang paling enentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data (*Rahmah, Nikmatur dan Saiful walid. 2009; 24*).

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses yang berisikan status kesehatan klien dengan menggunakan teknik anamnesis (autoanamnesa dan aloanamnesa) dan observasi.

a. Biodata Klien

- 1.) Identitas klien meliputi : nama, umur, jenis kelamin perlu dikaji karena biasanya laki-laki lebih rentan terhadap terjadinya fraktur akibat kecelakaan bermotor, pendidikan, pekerjaan, agama, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, diagnosa medis, nomor medrek dan alamat.

2.) Identitas penanggung jawab meliputi : nama, umur, pekerjaan, agama, pendidikan, suku/bangsa, alamat, hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

1.) Keluhan utama

Keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit yang dirasakan saat dilakukan pengkajian yang ditulis dengan singkat dan jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan.

2.) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit dan pengembangan dari keluhan utama dengan menggunakan PQRSST.

P (*Provokative/Palliative*), apa yang menyebabkan gejala bertambah berat dan apa yang dapat mengurangi gejala.

Q (*Quality/Quantity*), bagaimana gejala dirasakan klien dan sejauh mana gejala dirasakan.

R (*Region/Radiation*) dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar? apa yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut ?

S (*Safety/Scale*), seberapa tingkat keparahan gejala dirasakan? Pada skala berapa?

T (*Timing*), berapa lama gejala dirasakan ? kapan tepatnya gejala mulai dirasakan, apakah ada perbedaan intensitas gejala misalnya meningkat di malam hari.

3.) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tanyakan mengenai masalah-masalah seperti adanya riwayat trauma, riwayat penyakit tulang seperti osteoporosis, osteomalacia, osteomielitis, gout ataupun penyakit metabolisme yang berhubungan dengan tulang seperti diabetes mellitus (lapar terus-menerus, haus dan kencing terus-menerus), gangguan tiroid dan paratiroid.

4.) Riwayat Kesehatan Keluarga

Hal yang perlu dikaji adalah apakah dalam keluarga klien terdapat penyakit keturunan ataupun penyakit menular dan penyakit-penyakit yang karena lingkungan yang kurang sehat yang berdampak negatif pada kesehatan anggota keluarga termasuk klien.

a. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan dengan menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi terhadap berbagai sistem tubuh.

1.) Keadaan Umum

Klien yang mengalami immobilisasi perlu dilihat dalam hal penampilan, postur tubuh, kesadaran, gaya berjalan, kelemahan, kebersihan dirinya dan berat badannya.

2.) Sistem Pernafasan

Bentuk hidung, ada atau tidaknya sekret, PCH (Pernafasan Cuping Hidung), kesimetrisan dada dan pernafasan, suara nafas dan frekwensi nafas. Pengaturan pergerakan pernafasan akan mengakibatkan adanya retraksi dada akibat kehilangan koordinasi otot. Ekspansi dada menjadi terbatas karena

posisi berbaring akibatnya ventilasi paru menurun sehingga dapat menimbulkan atelektasis. Akumulasi sekret pada saluran pernafasan mengakibatkan terjadinya penurunan efisiensi silia yang dapat menyebabkan pembersihan jalan nafas yang tidak efektif. Kelemahan pada otot pernafasan akan menimbulkan mekanisme batuk tidak efektif.

3.) Sistem Kardiovaskuler

Warna konjungtiva pada fraktur, terutama fraktur terbuka akan terlihat pucat dikarenakan banyaknya perdarahan yang keluar dari luka, terjadi peningkatan denyut nadi karena pengaruh metabolik, endokrin dan mekanisme keadaan yang menghasilkan adrenergik serta selain itu peningkatan denyut jantung dapat diakibatkan pada klien immobilisasi. Orthostatik hipotensi biasa terjadi pada klien immobilisasi karena kemampuan sistem syaraf otonom untuk mengatur jumlah darah kurang. Rasa pusing saat bangun bahkan dapat terjadi pingsan, terdapat kelemahan otot. Ada tidaknya peningkatan JVP (*Jugular Vena Pressure*), bunyi jantung serta pengukuran tekanan darah. Pada daerah perifer ada tidaknya oedema dan warna pucat atau sianosis.

4.) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut, gigi, bibir, lidah, kemampuan menelan, peristaltik usus dan nafsu makan. Pada klien fraktur dan dislokasi biasanya diindikasikan untuk mengurangi pergerakan (immobilisasi) terutama pada daerah yang mengalami dislokasi hal ini dapat mengakibatkan klien mengalami konstipasi.

5.) Sistem Genitourinaria

Ada tidaknya pembengkakan dan nyeri daerah pinggang, palpasi vesika urinaria untuk mengetahui penuh atau tidaknya, kaji alat genitourinaria bagian luar ada tidaknya benjolan, lancar tidaknya pada saat klien miksi serta warna urine. Pada klien fraktur dan dislokasi biasanya untuk sementara waktu jangan dulu turun dari tempat tidur, dimana hal ini dapat mengakibatkan klien harus BAK ditempat tidur memaskai pispot sehingga hal ini menambah terjadinya susah BAK karena klien tidak terbiasa dengan hal tersebut.

6.) Sistem Muskuloskeletal

Derajat Range Of Motion pergerakan sendi dari kepala sampai anggota gerak bawah, ketidaknyamanan atau nyeri ketika bergerak, toleransi klien waktu bergerak dan observasi adanya luka pada otot akibat fraktur terbuka, tonus otot dan kekuatan otot. Pada klien fraktur dan dislokasi dikaji ada tidaknya penurunan kekuatan, masa otot dan atropi pada otot. Selain itu dapat juga ditemukan kontraktur dan kekakuan pada persendian.

7.) Sistem Integumen

Keadaan kulit, rambut dan kuku. Pemeriksaan kulit meliputi tekstur, kelembaban, turgor, warna dan fungsi perabaan. Pada klien fraktur dan dislokasi yang immobilisasi dapat terjadi iskemik dan nekrosis pada jaringan yang tertekan, hal ini dikarenakan aliran darah terhambat sehingga penyediaan nutrisi dan oksigen menurun.

8.) Sistem Persyarafan

Mengkaji fungsi serebral, fungsi syaraf cranial, fungsi sensorik dan motorik serta fungsi refleks.

a. Pola Aktivitas Sehari-hari

1.) Pola Nutrisi

Kebiasaan makan klien sehari-hari dan kebiasaan makan-makanan yang mengandung kalsium yang sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan tulang dan kebiasaan minum klien sehari-hari, meliputi frekwensi, jenis, jumlah dan masalah yang dirasakan.

2.) Pola Eliminasi

Kebiasaan BAB dan BAK klien, apakah berpengaruh terhadap perubahan sistem tubuhnya yang disebabkan oleh fraktur.

3.) Pola Istirahat Tidur

Kebiasaan klien tidur sehari-hari, apakah terjadi perubahan setelah mengalami fraktur.

4.) Personal Hygiene

Kebiasaan mandi, cuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku perlu dikaji sebelum klien sakit dan setelah klien dirawat dirumah sakit.

5.) Pola Aktivitas

Sejauh mana klien mampu beraktivitas dengan kondisinya saat ini dan kebiasaan klien berolah raga sewaktu masih sehat.

b. Aspek Psiko Sosial Spiritual

1.) Data Psikologis Pengkajian psikologis yang dilakukan pada klien dengan fraktur pada dasarnya sama dengan pengkajian psikososial dengan gangguan sistem lain yaitu mengenai konsep diri (gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri dan identitas diri). Pada klien fraktur adanya perubahan yang kurang wajar dalam status emosional, perubahan tingkah laku dan pola koping yang tidak efektif.

2.) Data social

Pada data sosial yang dikaji adalah hubungan klien dengan keluarga dan hubungan klien dengan petugas pelayanan kesehatan.

3.) Data Spiritual

Perlu dikaji agama dan kepribadiannya, keyakinan dan harapan yang merupakan aspek penting untuk penyembuhan penyakitnya.

c. Data Penunjang

Menurut Doengoes et. al (2002:762), pemeriksaan diagnostik yang biasa dilakukan pada pasien dengan fraktur:

1) Pemeriksaan rontgen

Menentukan lokasi/luasnya fraktur/trauma.

2) Computed Tomography (CT-SCAN).

Memperlihatkan fraktur dan dislokasi, dapat digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak dan untuk mengetahui lokasi dan panjangnya patah tulang didaerah yang sulit dievaluasi.

3) Arteriogram

Dilakukan bila dicurigai terdapat kerusakan vaskuler.

4) Pemeriksaan darah lengkap

Pemeriksaan darah lengkap meliputi kadar haemoglobin yang biasanya lebih rendah karena perdarahan akibat trauma. Hematokrit mungkin meningkat atau menurun (perdarahan bermakna pada sisi fraktur atau organ jauh dari trauma multiple). Kreatinin (trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal). Profil koagulasi (perubahan dapat terjadi pada kehilangan darah, tranfusi multipel atau cedera hati).

1. Analisa Data

Data yang sudah dikumpulkan kemudian dikelompokkan berdasarkan masalahnya kemudian dianalisa dengan menggunakan tabel yang terdiri dari nomer, data yang terdiri dari data subjektif dan objektif, etiologi dan masalah, sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang nantinya akan menjadi diagnosa keperawatan.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

1. Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi, demam dan kerusakan jaringan.
2. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia dan muntah.
4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.
5. Ketidakefektifan pola nafas b.d penurunan kedalaman pernafasan sekunder distensi abdomen dan menghindari nyeri.
6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Intervensi keperawatan

2. Nyeri berhubungan dengan proses inflamasi, demam dan kerusakan jaringan.

Tujuan: Nyeri klien berkurang

Kriteria hasil :

- a. Laporan nyeri hilang/terkontrol
- b. Menunjukkan penggunaan ketrampilan relaksasi.
- c. Metode lain untuk meningkatkan kenyamanan

Intervensi Keperawatan

Tindakan/Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selidiki laporan nyeri, catat lokasi, lama, intensitas (skala 0-10) dan karakteristiknya (dangkal, tajam, konstan) 2. Pertahankan posisi semi Fowler sesuai indikasi 3. Berikan tindakan kenyamanan, contoh pijatan punggung, napas dalam, latihan relaksasi atau visualisasi. 4. Berikan perawatan mulut dengan sering. Hilangkan rangsangan lingkungan yang tidak menyenangkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pada lokasi/intensitas tidak umum tetapi dapat menunjukkan terjadinya komplikasi. Nyeri cenderung menjadi konstan, lebih hebat, dan menyebar ke atas, nyeri dapat lokal bila terjadi abses. 2. Memudahkan drainase cairan/luka karena gravitasi dan membantu meminimalkan nyeri karena gerakan. 3. Meningkatkan relaksasi dan mungkin meningkatkan kemampuan koping pasien dengan memfokuskan kembali perhatian. 4. Menurunkan mual/muntah yang dapat meningkatkan tekanan atau nyeri intrabdomen.

<p>Kolaborasi:</p> <p>Berikan obat sesuai indikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analgesik, narkotik 2. Antiemetik, contoh hidroksin (Vistaril) 3. Antipiretik, contoh asetaminofen (Tylenol) 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Menurunkan laju metabolik dan iritasi usus karena toksin sirkulasi/lokal, yang membantu menghilangkan nyeri dan meningkatkan penyembuhan 6. Catatan: Nyeri biasanya berat dan memerlukan pengontrol nyeri narkotik, analgesik dihindari dari proses diagnosis karena dapat menutupi gejala 7. Menurunkan mual/muntah, yang dapat meningkatkan nyeri abdomen 8. Menurunkan ketidaknyamanan sehubungan dengan demam atau menggigil.
---	---

5. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan.

Tujuan: Mengurangi infeksi yang terjadi, meningkatkan kenyamanan pasien.

Kriteria hasil:

- a. Meningkatnya penyembuhan pada waktunya, bebas drainase purulen atau eritema, tidak demam.
- b. Menyatakan pemahaman penyebab individu / faktor resiko.

Intervensi Keperawatan:

Tindakan Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat faktor risiko individu contoh trauma abdomen, apendisitis akut, dialisa peritoneal. 2. Kaji tanda vital dengan sering, catat tidak membaiknya atau berlanjutnya hipotensi, penurunan tekanan nadi, takikardia, demam, takipnea. 3. Catat perubahan status mental (contoh bingung, pingsan). 4. Catat warna kulit, suhu, kelembaban. 5. Awasi haluaran urine. 6. Pertahankan teknik aseptik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempengaruhi pilihan intervensi 2. Tanda adanya syok septik, endotoksin sirkulasi menyebabkan vasodilatasi, kehilangan cairan dari sirkulasi, dan rendahnya status curah jantung. 3. Hipoksemia, hipotensi, dan asidosis dapat menyebabkan penyimpangan status mental. 4. Hangat, kemerahan, kulit kering adalah tanda dini septikemia. Selanjutnya manifestasi termasuk dingin, kulit pucat lembab dan sianosis sebagai tanda syok. 5. Oliguria terjadi sebagai akibat

<p>ketat pada perawatan drein abdomen, luka insisi/terbuka, dan sisi invasif.</p> <p>7. Bersihkan dengan Betadine atau larutan lain yang tepat kemudia bilas dengan PZ.</p> <p>8. Observasi drainase pada luka.</p> <p>9. Pertahankan teknik steril bila pasien dipasang kateter, dan berikan perawatan kateter/ atau kebersihan perineal rutin.</p> <p>9. Awasi/batasi pengunjung dan staf sesuai kebutuhan. Berikan perlindungan isolasi bila diindikasikan.</p>	<p>penurunan perfusi ginjal, toksin dalam sirkulasi mempengaruhi antibiotik.</p> <p>6. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organisme infeksi/kontaminasi silang.</p> <p>7. Memberikan informasi tentang status infeksi.</p> <p>8. Mencegah penyebaran, membatasi pertumbuhan bakteri pada traktus urinarius.</p> <p>9. Menurunkan resiko terpajan pada/menambah infeksi sekunder pada pasien yang mengalami tekanan imun.</p>
--	--

<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil contoh/awasi hasil pemeriksaan seri darah, urine, kultur luka. 2. Bantu dalam aspirasi peritoneal, bila diindikasikan. 3. Berikan antibiotik, contoh gentacimin (Garamycyn), amikasin (amikin), Klindamisin (Cleocin). Lavase pritoneal/IV 4. Siapkan untuk intervensi bedah bila diindikasikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi mikroorganisme dan membantu dalam mengkaji keefektifan program antimikrobia. 2. Dilakukan untuk membuang cairan dan untuk mengidentifikasi organisme infeksi sehingga tetapi antibiotik yang tepat dapat diberikan. 3. Terapi ditujukan pada bakteri anaerob dan basil aerob gram negatif. Lavase dapat digunakan untuk membuang jaringan nekrotik dan mengobati inflamasi yang terlokalisasi/menyebar dengan buruk. 4. Pengobatan pilihan (kuratif) pada peritonitis akut atau lokal, contoh untuk drainase abses
--	---

	lokal, membuang eksudat peritoneal, membuang rupturapendiks/kandung empedu, mengatasi perforasi ulkus, atau reseksi usus.
--	---

3.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia dan muntah.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan nafsu makan dapat timbul kembali dan status nutrisi terpenuhi.

Kriteria Hasil:

- a. Status nutrisi terpenuhi
- b. Nafsu makan klien timbul kembali
- c. Berat badan normal
- d. Jumlah Hb dan albumin normal

Intervensi Keperawatan :

Tindakan Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Awasi haluan selang NG, dan catat adanya muntah atau diare. 2. Timbang berat badan tiap hari 3. Auskultasi bising usus, catat bunyi tak ada atau hiperaktif. 4. Catat kebutuhan kalori yang dibutuhkan. 5. Monitor Hb dan albumin 6. Kaji abdomen dengan sering untuk kembali ke bunyi yang lembut, penampilan bising usus normal, dan kelancaran flatus. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah besar dari aspirasi gaster dan muntah atau diare diduga terjadi obstruksi usus, memerlukan evaluasi lanjut. 2. Kehilangan atau peningkatan dini menunjukkan perubahan hidrasi tetapi kehilangan lanjut diduga ada defisit nutrisi. 3. Meskipun bising usus sering tak ada, inflamasi atau iritasi usus dapat menyertai hiperaktivitas usus, penurunan absorpsi air dan diare. 4. Adanya kalori (sumber energi) akan mempercepat proses penyembuhan. 5. Indikasi adekuatnya protein untuk sistem imun. 6. Menunjukkan kembalinya fungsi

	usus ke normal
<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemasangan NGT jika klien tidak dapat makan dan minum peroral. 2. Kolaborasi dengan ahli gizi dalam diet. 3. Berikan informasi tentang zat-zat makanan yang sangat penting bagi keseimbangan metabolisme tubuh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar nutrisi klien tetap terpenuhi. 2. Tubuh yang sehat tidak mudah untuk terkena infeksi (peradangan). 3. Klien dapat berusaha untuk memenuhi kebutuhan makan dengan makanan yang bergizi. 4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

4. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

Tujuan: Mengidentifikasi intervensi untuk memperbaiki keseimbangan cairan dan meminimalisir proses peradangan untuk meningkatkan kenyamanan.

Kriteria hasil:

- a. Haluaran urine adekuat dengan berat jenis normal,
- b. Tanda vital stabil
- c. Membran mukosa lembab
- d. Turgor kulit baik
- e. Pengisian kapiler meningkat
- f. Berat badan dalam rentang normal.

Intervensi keperawatan:

Tindakan Intervensi	Rasional
Mandiri:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda vital, catat adanya hipotensi (termasuk perubahan postural), takikardia, takipnea, demam. Ukur CVP bila ada. 2. Pertahankan intake dan output yang adekuat lalu hubungkan dengan berat badan harian. 3. Rehidrasi/ resusitasi cairan 4. Ukur berat jenis urin 5. Observasi kulit/membran mukosa untuk kekeringan, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam evaluasi derajat defisit cairan/keefektifan penggantian terapi cairan dan respons terhadap pengobatan. 2. Menunjukkan status hidrasi keseluruhan. 3. Untuk mencukupi kebutuhan cairan dalam tubuh (homeostatis). 4. Menunjukkan status hidrasi dan perubahan pada fungsi

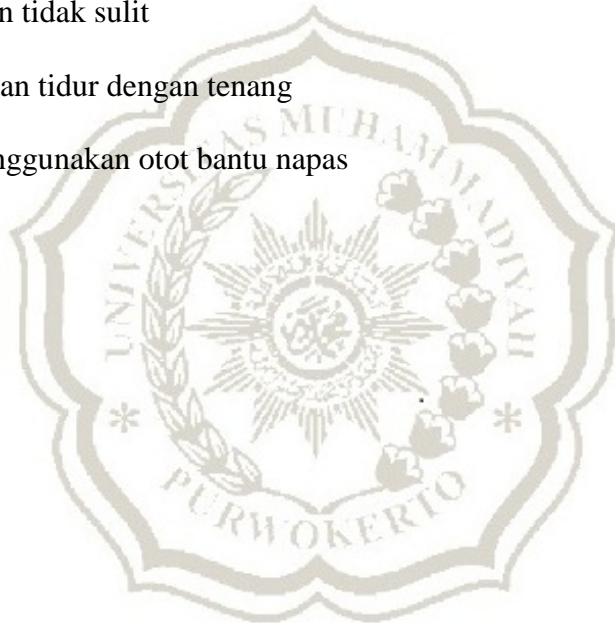
<p>turgor, catat edema perifer/sacral.</p> <p>6. Hilangkan tanda bahaya/bau dari lingkungan. Batasi pemasukan es batu.</p> <p>7. Ubah posisi dengan sering berikan perawatan kulit dengan sering, dan pertahankan tempat tidur kering dan bebas lipatan.</p>	<p>ginjal.</p> <p>5. Hipovolemia, perpindahan cairan, dan kekurangan nutrisi mempeburuk turgor kulit, menambah edema jaringan.</p> <p>6. Menurunkan rangsangan pada gaster dan respons muntah.</p> <p>7. Jaringan edema dan adanya gangguan sirkulasi cenderung merusak kulit</p>
<p>Kolaborasi:</p> <p>1. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh Hb/Ht, elektrolit, protein, albumin, BUN, kreatinin.</p> <p>2. Berikan plasma/darah, cairan, elektrolit.</p> <p>3. Pertahankan puasa dengan aspirasi nasogastrik/intestinal</p>	<p>- Memberikan informasi tentang hidrasi dan fungsi organ.</p> <p>- Mengisi/mempertahankan volume sirkulasi dan keseimbangan elektrolit.</p> <p>- Koloid (plasma, darah) membantu menggerakkan air ke dalam area intravaskular dengan meningkatkan tekanan osmotik.</p> <p>- Menurunkan hiperaktivitas usus dan kehilangan dari diare.</p>

5. Ketidakefektifan pola nafas b.d penurunan kedalaman pernafasan sekunder distensi abdomen dan menghindari nyeri.

Tujuan: Pola nafas efektif, ditandai bunyi nafas normal, tekanan O_2 dan saturasi O_2 normal.

Kriteria Hasil:

- a. Pernapasan tetap dalam batas normal
- b. Pernapasan tidak sulit
- c. Istirahat dan tidur dengan tenang
- d. Tidak menggunakan otot bantu napas



Intervensi Keperawatan:

Tindakan Intervensi	Rasional
<p>Mandiri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pantau hasil analisa gas darah dan indikator hipoksemia: hipotensi, takikardi, hiperventilasi, gelisah, depresi SSP, dan sianosis.2. Auskultasi paru untuk	<ol style="list-style-type: none">1. Indikator hipoksemia; hipotensi, takikardi, hiperventilasi, gelisah, depresi SSP, dan sianosis penting untuk mengetahui adanya syok akibat inflamasi

<p>mengkaji ventilasi dan mendeteksi komplikasi pulmoner.</p> <p>3. Pertahankan pasien pada posisi semifowler.</p> <p>4. Berikan O2 sesuai program</p>	<p>(peradangan).</p> <p>2. Gangguan pada paru (suara nafas tambahan) lebih mudah dideteksi dengan auskultasi.</p> <p>3. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan, ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret kedalam jalan nafas besar untuk dikeluarkan.</p> <p>4. Oksigen membantu untuk bernafas secara optimal.</p>
--	---

6. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Tujuan: Mengurangi ansietas klien

Kriteria hasil:

- a. Mengakui dan mendiskusikan masalah
- b. Penampilan wajah tampak rileks
- c. Mampu menerima kondisinya

Intervensi:

Tindakan/Intervensi	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi tingkat pemahaman klien/orang terdekat tentang diagnosa. 2. Akui rasa takut/masalah klien dan dorong mengekspresikan perasaan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya dan jawab dengan jujur. Yakinkan bahwa klien dan perawat mempunyai pemahaman yang sama. 4. Terima penyangkalan klien tetapi jangan dikuatkan. 5. Catat komentar perilaku yang menunjukkan menerima dan/atau mengurangi strategi efektif menerima situasi 6. Libatkan klien/orang terdekat dalam perencanaan perawatan. Berikan waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bila penyangkalan ekstem atau ansietas mempengaruhi kemajuan penyembuhan, menghadapi itu klien perlu dijelaskan dan membuka cara penyelesaiannya. 2. Takut/ansietas menurun klien mulai menerima secara positif kenyataan dan memiliki kemauan untuk 'hidup lagi'. 3. Dapat membantu memperbaiki beberapa perasaan kontrol/kemandirian pada klien yang merasa tak berdaya dalam menerima diagnosa dan pengobatan 4. Klien sulit berfikir dengan baik bila berada dalam kondisi yang

<p>untuk menyiapkan pengobatan.</p> <p>7. Berikan kenyamanan fisik klien</p> <p>8. Pasien dan orang terdekat mendengar dan mengasimilasi informasi baru yang meliputi perubahan ada gambaran diri dan pola hidup.</p> <p>9. Dukungan memungkinkan klien mulai membuka/menerima kenyataan infeksi peritonium dan pengobatannya. Klien mungkin perlu waktu untuk mengidentifikasi perasaan maupun mengekspresikannya</p> <p>10. Membuat kepercayaan dan menurunkan kesalahan persepsi/interpretasi terhadap informasi.</p>	
--	--