

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

a. Definisi kebutuhan dasar manusia

Konsep kebutuhan dasar manusia adalah suatu keadaan yang ditandai oleh perasaan kekurangan dan ingin diperoleh sesuatu yang akan diwujudkan melalui suatu usaha atau tindakan. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan, kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Manusia mempunyai karakteristik yang unik, walaupun demikian mereka tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama.

- 1) Setiap manusia memenuhi kebutuhan dasarnya berdasarkan prioritas.
- 2) Sebagian dari kebutuhan dasar dapat ditunda.
- 3) Kegagalan pemenuhan kebutuhan dasar menimbulkan ketidakseimbangan dan menyebabkan sakit.
- 4) Keinginan untuk memenuhi kebutuhan dasar dipengaruhi oleh stimulus internal maupun stimulus eksternal.
- 5) Kebutuhan dasar manusia saling berhubungan dan saling memengaruhi.
- 6) Seseorang merasa perlu terhadap kebutuhannya, ia akan berusaha memenuhinya dengan segera. (mubarak, indrawati, & susanto, 2015)

b. Pendapat Para Ahli Tentang Kebutuhan Dasar Manusia

Pendapat beberapa ahli tentang model kebutuhan dasar manusia, berikut akan dijelaskan secara singkat pendapat beberapa ahli tentang model kebutuhan dasar manusia:

1) Virginia Henderson

membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam komponen berikut.

- a) Bernapas secara normal.
- b) Makan dan minum yang cukup.
- c) Eliminasi (buang air besar dan kecil).
- d) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e) Tidur dan istirahat.
- f) Memilih pakaian yang tepat
- g) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan.
- h) Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i) Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j) Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini
- k) Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- l) Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- m) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi.
- n) Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

2) Jean Waston Jean

dalam B. Talento membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua perinele utama, yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah dan kebutuhan tingkatnya lebih tinggi. Pemenuhan kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah tidak selalu membantu upaya kompleks manusia untuk mencapai aktualisasi diri. Tian kebutuhan dipandang dalam konteksnya terhadap kebutuhan lain, dan semuanya dianggap penting.

3) Abraham Maslow

- 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 dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan, dan sebagainya.
- c) Kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial, dan sebagainya.
- d) Kebutuhan harga diri ataupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.
- e) Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi. (hidayat & Uliyah, 2014)

c. Ciri- ciri kebutuhan dasar manusia

Ciri-Ciri kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri. Ciri kebutuhan dasar manusia antara lain sebagai berikut.

- 1) Setiap orang dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebut pun diubah sesuai kultur dan keadaan.

- 2) Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang sesuai/yang lebih penting.
- 3) Setiap orang dapat merasakan adanya kebutuhan dan meresponnya dengan berbagai cara.
- 4) Lalu jika gagal memenuhi kebutuhannya, manusia akan berpikir lebih keras dan berkumpul untuk berusaha mendapatkannya.
- 5) Kebutuhan saing berkaitan dengan beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi akan memengaruhi kebutuhan lainnya. (mubarak, indrawati, & susanto, 2015)

d. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia

Faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia Kebutuhan dasar manusia dipengaruhi oleh berbagai faktor sebagai berikut:

- a) Penyakit adanya penyakit dalam tubuh dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisiologis maupun psikologis, karena beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan lebih besar dari biasanya.
- b) Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya saling percaya, merasakan kesenangan hidup, tidak ada rasa curiga, dan lain-lain.
- c) Konsep diri manusia memiliki peran dalam pemenuhan kebutuhan dasar. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan (wholeness) bagi seseorang. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan positif terhadap diri. Orang yang merasa positif tentang dirinya sendiri mudah berubah, mudah mengenali kebutuhan, dan mengembangkan cara hidup yang sehat, sehingga mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.
- d) Tahap perkembangan sejalan dengan meningkatnya usia, manusia mengalami perkembangan. Setiap tahap perkembangan tersebut memiliki kebutuhan yang berbeda, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual, mengingat berbagai fungsi organ tubuh mengalami proses kematangan dengan aktivitas yang berbeda. (hidayat & Uliyah, 2014)

2. Konsep Dasar Nyeri dan Kenyamanan

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual, klien merespon rasa nyeri dengan beragam cara, misalnya berteriak, menangis, dan lain-lain. Oleh karena itu nyeri bersifat subjektif, maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang di alami klien. Itulah sebabnya di perlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri. Rasa nyaman di butuhkan setiap individu dalam konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa aman nyaman yang di alami klien di atasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. Salah satu kebutuhan klien adalah terbebas dari rasa nyeri. (Sutanso & Fitriana, 2017).

Berikut adalah pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri.

- 1) Mc. Coffe mengidentifikasikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya di ketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wolf Weifsel Feurst mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Artur C. Curton mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Long mengatakan nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.
- 5) Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional.

(hidayat & Uliyah, 2014)

b. Fisiologi Nyeri

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu jalur opiate dan jalur nonopiate. Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari talamus yang melalui otak tengah dan medula. (hidayat & Uliyah, 2014)

c. Penyebab Rasa Nyeri

Penyebab rasa nyeri dapat digolongkan menjadi dua bagian, yaitu nyeri fisik dan nyeri psikologis. Nyeri fisik adalah nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Penyebab nyeri secara fisik yaitu akibat trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik, neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain:

- a) Trauma mekanik menimbulkan rasa nyeri karena ujung-ujung saraf bebas, mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan ataupun luka.
- b) Trauma termis menimbulkan rasa nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin.
- c) Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat.
- d) Trauma elektrik dapat menimbulkan rasa nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri.

- e) Neoplasm menyebabkan nyeri karena terjadinya tekanan dan kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase.
- f) Nyeri pada peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan.

Nyeri psikologis adalah nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik. Kasus ini dapat dijumpai pada kasus yang termasuk kategori psikosomatik, nyeri karena faktor ini disebut psychogenic pain. (Sutanso & Fitriana, 2017)

d. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran pada intensitas nyeri juga sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri yang sama dirasakan setiap orang juga berbeda-beda.

a. Skala nyeri menurut Hayward

Hayward mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya adalah nilai 10 (untuk kondisi yang paling berat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu.

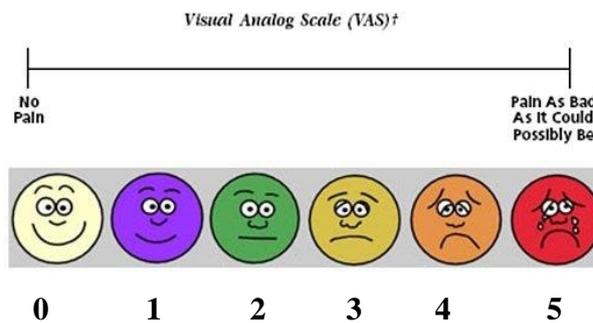
Tabel 1
Skala Nyeri menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat di kontrol oleh pasien dengan aktivitas yang biasa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

(Sumber : Wahid Iqbal Mubarraq et al. (2015))

b. Skala nyeri McGill (McGill Scale)

Menurut McGill mengukur intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan lima angka, yaitu 0 : tidak nyeri, 1 : nyeri ringan, 2 : nyeri sedang, 3 : nyeri berat, 4 : nyeri sangat berat, 5 : nyeri berat.



Gambar 1 Skala nyeri McGill (McGill Scale)
(Sumber : Wahid Iqbal Mubarraq et al. (2015))

e. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri dapat di klasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

- a) Nyeri berdasarkan tempat dapat dibedakan menjadi:
 - 1) Nyeri perifer yaitu nyeri yang terasa pada mukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
 - 2) Nyeri yang dalam yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.

- 3) Nyeri yang dirujuk yaitu nyeri dalam yang disebabkan organ penyakit atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
 - 4) Nyeri sentral yaitu nyeri yang terjadi akibat rane. sangat pada sistem saraf pusat, batang otak, hipotalamus, dan lain-lain.
- b) Nyeri berdasarkan sifat
- 1) Nyeri insidental yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - 2) Nyeri yang menetap yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
 - 3) Nyeri paroksimal yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, kemudian menghilang, kemudian timbul lagi.
- c) Nyeri Berat Berdasarkan Ringannya waktu nyeri
- 1) Nyeri ringan yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - 2) Nyeri sedang yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - 3) Nyeri berat yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.
- d) Nyeri Berdasarkan Lama Waktu Nyeri ditulis berdasarkan lama penyerangan nyeri, maka dapat di bedakan antara nyeri akut dan kronis:
- 1) Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas. Rasa nyeri yang ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosklerosis pada arteri koroner.
 - 2) Nyeri Kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. (Sutanso & Fitriana, 2017)

Tabel 2
Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Waktu kurang dari enam bulan	Waktu lebih dari enam bulan
Daerah nyeri terlokalisasi	Daerah nyeri melebar
Nyeri terasa tajam seperti di tusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain	Nyeri terasa tumoul seperti ngilu, linu, dan lain-lain
Respon system saraf simpatis takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil	Respon system saraf parasimpatis: penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, pupil kontraksi
Penampilan klienn tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot	Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

(Sumber: (Sutanso & Fitriana, 2017))

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien dengan Apendiktomi

1. Pengkajian

Menurut Potter & Perry (2012), pengkajian keperawatan pasien dengan post apendiktomi yaitu :

a) Sistem pernafasan

Kaji patensi jalan nafas, laju nafas, irama ke dalam ventilasi, simteri gerakan dinding dada, suara nafas, dan warna mukosa.

b) Sirkulasi

Penderita beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler yang disebabkan oleh hilangnya darah dari tempat pembedahan, efek samping dari anestesi. Pengkajian yang telah diteliti terhadap denyut dan irama jantung, bersama dengan tekanan darah, mengungkapkan status kardiovaskular penderita. Kaji sirkulasi kapiler dengan mencatat pengisian kembali kapiler, denyut, serta warna kuku dan temperatu kulit. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan. Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal.

c) Sistem Persarafan

Kaji refleks pupil dan muntah, cengkeraman tangan, dan gerakan

kaki. Jika penderita telah menjalani operasi melibatkan sebagian sistem saraf, lakukan pengkajian neurologi secara lebih menyeluruh

d) Sistem Perkemihan

Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tepat di atas simfisispubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urine, harus ada aliran urine terus menerus sebanyak 3050 ml/jam pada orang dewasa. Amati warna dan bau urine, pembedahan yang melibatkan saluran kemih biasanya akan menyebabkan urine berdarah paling sedikit selama 12 sampai 24 jam, tergantung pada jenis operasi.

e) Sistem Pencernaan

Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Perawat perlu memantau asupan oral awal penderita yang berisiko menyebabkan aspirasi atau adanya mual dan muntah. Kaji juga kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 530 bunyi keras per menit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali. Suara denting tinggi disertai oleh distensi perut menunjukkan bahwa usus tidak berfungsi dengan baik. Tanyakan apakah penderita membuang gas (flatulensi).

Pengkajian nyeri yang akurat sangat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Oleh karena itu, nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dapat dirasakan secara berbeda-beda pada setiap masing-masing individu. Pengkajian nyeri terdiri dari atas dua komponen utama, yakni : riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien dan observasi langsung pada respon perilaku dan fisiologis klien. Tujuan dilakukan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri yaitu dengan menggunakan PQRST.

P : (provoking atau pemacu) yaitu faktor yang memperparah atau

memperingan nyeri.

Q : (quality atau kualitas) yaitu kualitas nyeri (misalnya, seperti tumpul, tajam, merobek).

R : (region atau daerah) yaitu daerah penjalaran nyeri.

S : (severity atau keganasan) yaitu intensitasnya.

T : (time atau waktu) yaitu serangan, lamanya, frekuensi, dan sebab.

Pada saat pengkajian data yang perlu dikaji dan harus didapatkan dari klien mencakup hal sebagai berikut, yaitu :

- a. Identitas pasien, yaitu pengkajian identitas pasien berupa nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, dan nomor medrec.
- b. Identitas penanggung jawab, yaitu yang bertanggung jawab selama klien di rawat baik ayah, ibu, suami, istri, ataupun anak.
- c. Alasan masuk rumah sakit (MRS), yaitu keluhan utama klien saat MRS dan saat dikaji. Klien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelumnya.
- d. Kebutuhan rasa nyaman (nyeri). Data didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mengkaji karakteristik nyeri yang diungkapkan oleh klien dengan pendekatan PQRST.
- e. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendapatkan perubahan klinis yang diakibatkan oleh nyeri yang dirasakan oleh klien. Data yang didapatkan mencerminkan respon klien terhadap nyeri yang meliputi respons fisiologis, respons perilaku, dan respons psikologis.

Saat mengkaji riwayat nyeri, sebaiknya harus memberi klien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata mereka sendiri. Secara umum, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

1) Lokasi

Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta klien untuk menunjukkan rasa nyerinya. Pengkajian ini juga bisa dilakukan dengan menggunakan bantuan gambar tubuh. Dimana klien bisa menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Lokasi nyeri pada bagian abdomen kanan bawah.

2) Intesitas nyeri

Penggunaan skala intesitas nyeri adalah metode yang mudah dan terpercaya untuk menentukan intesitas nyeri. Skala nyeri yang sering digunakan adalah rentang 0-5 atau 0-10. Dimana angka 0 menunjukkan tidak nyeri sama sekali dan angka tertinggi menandakan nyeri terhebat yang dirasakan klien.

3) Kualitas nyeri

Terkadang nyeri bisa terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk” jadi kita harus mencatat kata-kata yang diungkapkan klien untuk menggambarkan nyerinya, sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis, etiologi nyeri, serta tindakan yang akan diambil.

4) Pola

Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Oleh karena itu, perlu dikaji kapan nyeri itu datang, berapa lama nyeri itu berlangsung, apakah nyeri itu berulang, dan kapan terakhir nyeri uncul.

5) Faktor presipitasi

Terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu timbulnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas yang berat dapat menimbulkan nyeri dada. Selain itu faktor lingkungan juga berpengaruh (lingkungan yang sangat dingin ataupun lingkungan yang sangat panas), serta stresor fisik dan emosional juga dapat memicu timbulnya nyeri.

6) Gejala yang menyertai

Gejala yang diakibatkan oleh nyeri itu sendiri, seperti mual, muntah, pusing, dan diare.

7) Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri yaitu, tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan, hubungan interpersonal, hubungan pernikahan, aktivitas di rumah, aktivitas di waktu senggang, dan status emosional.

8) Sumber coping

Setiap individu memiliki sumber coping yang berbeda dalam menghadapi nyeri. Maka strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama dan budaya.

9) Respon afektif

Respon afektif di setiap individu terhadap nyeri berbeda, bergantung pada situasi, derajat, interpretasi tentang nyeri, serta banyak faktor lainnya. Jadi, perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri klien.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan juga bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (SDKI, 2016)

Tabel 3 Diagnosis Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi klinis terkait
			Mayor	Minor	
1.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang	a. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) b. Agen pencedera kimiawi (misal	Subjektif : - Mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meringis,	Subjektif : - Tidak tersedia Objektif : - Tekanan darah meningkat,	- Kondisi pembedahan, cedera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut

	berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.	terbakar, bahan kimia iritan). c. Agen pencedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan).	gelisah, dan sulit tidur - Bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari yeri)	pola nafas berubah - Nafsu makan berubah, Proses berfikir terganggu - Menarik diri, berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	- Glaukoma
2.	Nyeri Kronis (D.0078) Definisi : Pengalam sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakn jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.	- Kondisi muskuloskeletal kronis - Kerusakan sistem saraf - Penekanan saraf - Infiltrasi tumor - Ketidakseimbangan neurotransmiter, neuromodulator, dan reseptor - Gangguan imunitas (misalnya neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster) - Gangguan fungsi metabolik - Riwayat posisi kerja statis - Peningkatan indeks massa tubuh - Kondisi pasca trauma - Tekanan emosional - Riwayat penganiayaan (misalnya fisik, psikologis, seksual) - Riwayat penyalahgunaan obat/ zat	Subjektif : - Mengeluh nyeri - Merasa depresi (tekanan) Objektif : - Tampak meringis - Gelisah - Tidak mampu menuntaskan aktivitas	Subjektif : - Merasa takut mengalami cedera berulang Objektif : - Bersikap protektif (misalnya posisi menghindari nyeri) - Waspada - Pola tidur berubah - Anoreksia - Fokus menyempit - Berfokus pada diri sendiri	- Kondisi kronis (mis arthritis reumatoid) - Infeksi - Cedera modula spinalis - Kondisi pasca trauma - Tumor

3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luarannya (outcome) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi,

perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Tabel 4 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
1. 2.	<p>Nyeri Akut Nyeri Kronis</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan, berat, konstan.</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgesik. <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain). 11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 12. Fasilitasi tidur 13. Pertimbangan jenis dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Adukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihna pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pementauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 21. 21. Pemberian obat topical 22. Pengaturan posisi 23. Perawatan amputasi 24. Perawatan kenyamanan 25. Teknik distraksi 26. Teknik imajinasi terbimbing 27. Terapi akupresur 28. Terapi akupuntur 29. Terapi bantuan hewan 30. Terapi humor 31. Terapi murattal 32. Terapi music 33. Terapi pemijatan 34. Terapi relaksasi

		<p>sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>15. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>17. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>18. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>	<p>35. Terapi sentuhan</p> <p>36. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</p>
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. (Tarwoto & Wartonah, 2021)

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan. (Tarwoto & Wartonah, 2021). Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses

keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (assesment) : Kesimpulan dari data subjektif dan data objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan)
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

1. Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
3. Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Hasil kriteria evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca operasi dalam buku Ida Mardalena (2018) adalah :

- a. Pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang

- b. Skala nyeri (0-1)
- c. Pasien tampak rileks, mampu tidur/istirahat
- d. Kecemasan berkurang
- b. Cairan tubuh seimbang f. Turgor kulit baik
- c. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 100/60-140/100 mmHg, N : 60-100x/menit, R : 16-20x/menit, S : 36,5-37,5 C.
- d. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas, turgor kulit, membran mukosa lembab
- e. Pasien menunjukkan tidak ada tanda infeksi, luka sembuh tanpa tanda infeksi

C. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Terkait

Menurut konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan apendektomi (Luthfiana Rahmawati,2018) dengan diagnosis keperawatan nyeri akut dan kerusakan integritas jaringan adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, keluhan utama pada pasien yaitu nyeri pada perut bagian luka operasi (kanan bawah), skala nyeri 5, nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan Ketika muncul berdurasi \pm 8 menit. Pada riwayat kesehatan sekarang ditemukan data pasien mengatakan satu minggu yang lalu (selasa) mengalami demam mual muntah. Tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 72 x/menit, suhu : 36,2⁰C, pernafasan : 18 x/menit.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian yang merujuk pada batasan karakteristik (SDKI,2016) maka ditegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut, kerusakan integritas jaringan, hambatan mobilitas fisik.

- Nyeri akut b.d agen pencendera fisik: insisi pembedahan

Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh penulis saat melakukan pengkajian yaitu Pasien mengatakan

nyeri pada perut bagian luka bekas operasi (kanan bawah) nyeri dengan skala 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, nyeri terasa saat tidak digunakan untuk beraktifitas dan Ketika muncul berdurasi \pm 8 menit. Ekspresi wajah pasien tampak tegang, pasien tampak meringis menahan sakit.

- Kerusakan integritas jaringan b.d insisi pembedahan
Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh penulis saat melakukan pengkajian yaitu pasien mengatakan ada luka operasi , ada luka post apendiktomi Panjang luka \pm 3 cm, tidak ada pus, tidak ada kemerahan dan tidak bengkak.
- Hambatan mobilitas fisik b.d ketidaknyamanan (nyeri)
Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan data yang diperoleh penulis saat melakukan pengkajian yaitu pasien mengatakan belum bisa duduk, berdiri, dan berjalan, karena takut dengan luka operasinya, dan takut merasakan nyeri jika digerakkan , pasien hanya berbaring dan hanya bisa miring kanan dan kiri.

3. Perencanaan

- Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Lakukan identifikasi skala nyeri, lakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, berikan posisi nyaman, dengan rasional pasien nyaman mengurangi penekanan pada daerah nyeri, ajarkan Teknik relaksasi nafas dalam , kolaborasi pemberian analgetik, observasi tanda-tanda vital.
- Kerusakan integritas jaringan b.d insisi pembedahan

Kaji keadaan luka, jaga kebersihan daerah luka, lakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik, edukasi pasien dan keluarga untuk menjaga kebersihan.

- Hambatan mobilitas fisik b.d ketidaknyamanan (nyeri)
Mengobservasi kemampuan mobilitas pasien, ajarkan dan latih pasien mobilitas secara bertahap (mi ka-mi ki- duduk-jalan) selama 3 hari, bantu pasien berubah posisi dengan perlahan.

4. Evaluasi

Setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi pasien menunjukkan 2 diagnosa keperawatan yang teratasi dan 1 sebagian teratasi yaitu nyeri akut teratasi dihari ke 3, kerusakan integritas jaringan dan hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian di hari ke 3.

D. Konsep Apendektomi

1. Defnisi Apendektomi

Apendektomi adalah pengangkatan terhadap appendix terimplamasi dengan prosedur atau pendekatan endoskopi. Apendektomi adalah operasi yang dilakukan pada penderita usus buntu. Ketika diagonisi apendisitis telah dibuat atau memang dicurigai, maka perlu diadakan operasi apendektomi. Apendektomi harus dilakukan beberapa jam setelah diagnosis ditegakkan dan biasanya dikerjakan melalui insisi kuadran kanan bawah (Saditya, 2014).

2. Etiologi

fekalit/atau apendikolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, mioplasma atau striktur karena fibrosir akibat peradangan sebelumnya (Saditya, 2014).

3. Menifestasi Klinis

Keluhan apendektomi dimulai dari nyeri diperiumbilikus dan munta dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap 7 dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan

menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam tek terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah.

4. Komplikasi Apendektomi

1. Perforasi.
2. Peritonitis.
3. Infeksi Luka.
4. Abses intra abdomen.
5. Obstruksi intestinum.

5. Macam-macam apendektomi

1. Operasi usus buntu terbuka. Apendektomi terbuka dilakukan dengan membuat irisan pada bagian kanan bawah perut sepanjang 2-4 inci. Usus buntu diangkat melalui irisan ini kemudian irisan ditutup kembali. Apendektomi terbuka harus dilakukan jika usus buntu pasien sudah pecah dan infeksinya menyebar. Apendektomi terbuka juga merupakan metode yang harus dipilih bagi pasien yang pernah mengalami pembedahan di bagian perut.
2. Operasi usus buntu laparoskopi. Apendektomi laparoskopi dilakukan dengan membuat 1-3 irisan kecil di bagian kanan bawah abdomen. Setelah irisan abdomen dibuat, dimasukan sebuah alat laparoskop ke dalam irisian tersebut untuk mengangkat apendiks. Laparoskop merupakan alat berbentuk tabung tipis panjang yang terdiri dari kamera dan alat bedah. Pada saat dilakukan apendektomi laparoskopi, dokter akan memutuskan apakah dibutuhkan apendektomi terbuka atau tidak.

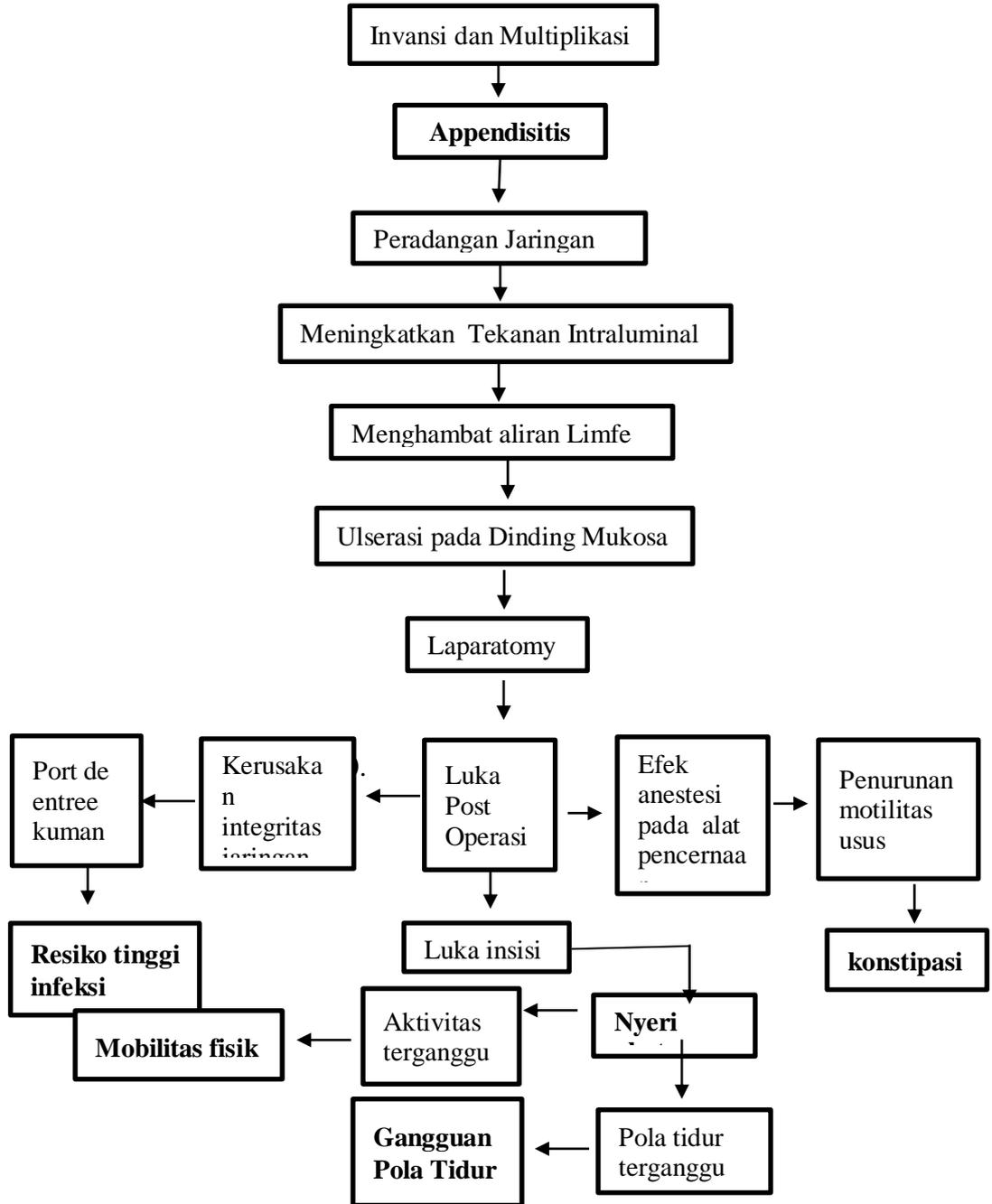
6. Patofisiologi

Apendektomi biasanya disebabkan adanya penyumbatan lumen apendiks yang dapat diakibatkan oleh fekalit/atau apendikolit, hiperplasia limfoid, benda asing, parasit, mioplasma atau striktur karena fibrosir akibat peradangan sebelumnya. Obstruksi lumen yang terjadi mendukung

perkembangan bakteri dan sekresi mukus sehingga menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang meningkat akan menghambat aliran limfe sehingga menimbulkan edema, diapedesis bakteri dan pulserasi mukosa. Pada saat tersebut, terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri periumbilikal.

Sekresi mukus yang terus berlanjut dan tekanan yang terus meningkat menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema, dan pertumbuhan bakteri yang menimbulkan radang. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum sehingga timbul nyeri daerah kanan bawah. (Saditya, 2014).

7. Pathway



Gambar 3 Pathway Appendisitis
(Sumber : Mansjoer, 2018)

1. Pemeriksaan Diagnostik

1. Diagnosis berdasarkan klinis, namun sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan CRP (biasanya meningkat) sangat membantu.
2. Ultrasonografi untuk massa apendiks dan jika masih ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium).
Invansi dan Multiplikasi Apendisitis Peradangan Jaringan Meningkatkan Tekanan Intraluminal Menghambat Aliran Limfe
Ulserasi pada Dinding Mukosa Appendektomi Luka Post Operasi
Nyeri Akut Luka insisi Efek anestesi pada alat pencernaan Aktivitas terganggu Intoleransi aktivitas Kerusakan integritas jaringan Port de entree kuman Risiko tinggi infeksi Penurunan motilitas usus
Konstipasi
3. Laparoskopi biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendisektomi pada wanita muda.
4. CT scan (heliks) pada pasien usia lanjut atau di mana penyebab lain masih mungkin (Grace, & Borley, 2006, h. 107)

2. Penatalaksanaan Apendektomi

1. Sebelum operasi
 - a. Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi.
 - b. Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urin.
 - c. Rehidrasi.
 - d. Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena.
 - e. Obat – obatan penurun panas, phenergan sebagai anti mengigil, largaktil untuk membuka pembuluh – pembuluh darah perifer diberikan setelah rehidrasi tercapai.
 - f. Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.
2. Operasi Apendektomi
 - a. Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.
 - b. Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, massa mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka

waktu beberapa hari. Apendektomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan

3. Pasca Operasi

- a. Observasi TTV.
- b. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah.
- c. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler.
- d. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selam pasien dipuaskan.
- e. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
- f. Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4 – 5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- g. Satu hari pascar operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit.
- h. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar.
- i. Hari ke-7 jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

