

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang dimana tentunya memiliki fungsi untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Abraham Maslow mengemukakan pendapatnya melalui Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia yang di kembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia yaitu :

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan yang 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 (*need for safety and protection*)

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi dua, yaitu perlindungan secara fisik dan perlindungan secara psikologis. Perlindungan secara fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup.

c. Kebutuhan akan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini antara lain seperti memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

d. Kebutuhan akan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan ini berkaitan dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, untuk meraih prestasi, untuk meningkatkan rasa percaya

diri, dan kemerdekaan diri. Serta, selain itu orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri** (*needs for self actualization*)

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam teori Hierarki Maslow, yaitu berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain / lingkungan serta untuk mencapai potensi diri sepenuhnya. (Haswita, 2017).

2. Konsep dasar aman nyaman

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram. Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya. Kenyamanan / rasa nyaman adalah suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman terhadap suatu kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari, kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan juga harus dipandang secara holistik, yang mencakup empat aspek yaitu :

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Pikopiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri, yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar (Wahit Iqbal Mubarak, dkk, 2015).

3. Pengertian gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan seseorang merasa kurang nyaman dan kurang sempurna dalam kondisi fisik, psikospiritual, lingkungan, budaya, dan sosialnya. Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik, yaitu : ansietas, berkeluh kesah, gangguan pola tidur, gejala distres, gelisah, ketidakmampuan untuk rileks, menangis,

merasa kurang senang dengan situasi, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (Keliat dkk., 2015).

4. Jenis gangguan rasa nyaman

Menurut (Mardella dkk., 2013) gangguan rasa nyaman dibagi menjadi :

a. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang enam bulan.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensasi yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium, atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah.

5. Konsep dasar nyeri

Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjeskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Wahid Iqbal Mubarak dkk, 2015). Nyeri adalah sesuatu hal yang bersifat subjektif dan personal. Nyeri merupakan suatu pengalaman yang melelahkan dan membutuhkan energi. Nyeri juga dapat mengganggu hubungan personal dan dapat mempengaruhi makna hidup. Pengalaman nyeri merupakan suatu hal yang kompleks yang hanya mencakup beberapa aspek seperti, aspek positif, emosional, dan kognitif. Sedangkan stimulus terhadap timbulnya nyeri merupakan sesuatu hal yang bersifat fisik/mental yang terjadi secara alami (Diah Nur Fitriani dkk, 2010).

6. Fisiologi nyeri

Fisiologi nyeri adalah alur yang menyebabkan terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang dapat

terjadi didalam tubuh, dan dapat melibatkan fungsi organ tubuh, terutama pada bagian saraf pusat yang menjadi reseptor rasa nyeri. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang memiliki fungsi sebagai penerima rangsangan nyeri. Organ tubuh yang memiliki peran sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang dapat berespon hanya terhadap stimulus yang kuat dan secara potensial dapat merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosireseptor. Secara anatomis reseptor nyeri (nosireseptor) ada juga yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf perifer. Lalu berdasarkan letaknya, nosireseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu terletak pada kulit (*cutaneus*), somatik dalam (*deep somatic*), dan terletak pada daerah viseral. Karena letaknya yang berbeda-beda maka nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

Menurut Potter dan Perry (2006) dalam wahit Iqbal Mubarraq, dkk (2015), menyebutkan ada terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri berkerja dengan cara mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis, yang kemudian melalui salah satu dari beberapa rute saraf, dan pada akhirnya sampai di dalam masa yang berwarna abu-abu di dalam medula spinalis. Terdapat juga pesan nyeri yang dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak dapat menginterterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi mengenai tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri.

7. Jenis-jenis dan bentuk nyeri

Nyeri dikategorikan dengan durasi atau lamanya nyeri pada saat berlangsung seperti (akut atau kronis) atau bisa juga dikategorikan dengan kondisi patologis yaitu kanker atau neuprotik.

a. Jenis-jenis nyeri

Terdapat 3 jenis nyeri yaitu :

1) Nyeri perifer

Nyeri perifer dibagi menjadi 3 macam yaitu : *nyeri superfisial*, yaitu rasa nyeri yang muncul karena akibat dari rangsangan dari kulit dan mukosa. *Nyeri viseral* yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri yang terjadi di rongga abdomen, kranium, dan toraks. *Nyeri alih* yaitu nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab yang menimbulkan nyeri.

2) Nyeri sentral

Nyeri sentral merupakan nyeri yang muncul akibat adanya stimulasi pada medula spinalis, batang otak, dan talamus.

3) Nyeri psikogenik

Nyeri ini merupakan nyeri yang belum diketahui apa penyebab fisiknya. Nyeri ini timbul karena pikiran para penderita sendiri. Biasanya nyeri ini sering terjadi karena faktor psikologis, bukan dari faktor fisiologis.

b. Bentuk nyeri

Secara umum nyeri dibagi menjadi beberapa bentuk, yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awal gejala pada nyeri akut yaitu mendadak dan biasanya penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut juga ditandai dengan meningkatnya tegangan otot dan kecemasan yang mengakibatkan keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Wahid Iqbal Mubaraq et al 2015).

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis biasanya terjadi lebih dari enam bulan. Sumber nyeri yang terjadi bisa diketahui bisa juga tidak. Pada nyeri kronis nyeri terkadang hilang dan timbul dalam periode tertentu dan biasanya tidak dapat untuk di sembuhkan. Pada nyeri kronis penginderaan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukkan lokasinya. Biasanya dampak pada nyeri kronis

ini penderita lebih mudah dan tersinggung dan sering mengalami insomnia. (Diah Nur Fitriani, et al 2010).

8. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Rasa nyeri merupakan suatu hal yang bersifat kompleks, mencakup pengaruh fisiologis, spiritual, sosial, psikologis, dan budaya. Oleh karena itu, maka pengalaman nyeri setiap masing-masing individu akan berbeda.

a. Etnik dan nilai budaya

Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Contoh : ada seorang individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain.

b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan pada setiap seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Seperti contoh, pada anak-anak kurang mampu dalam mengepresikan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan dengan orang dewasa, dan dalam hal ini dapat menghambat penanganan dalam nyeri untuk mereka.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan suatu tempat dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat merupakan salah satu faktor paling penting yang dapat mempengaruhi persepsi nyeri seseorang. Contoh : individu yang sendirian tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya, akan cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekatnya.

d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga sangat berpengaruh terhadap persepsi nyeri pada individu dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya akan cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

e. Ansietas dan stres

Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya juga akan memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan maka akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

f. Jenis kelamin

Di Indonesia terdapat beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin bahwa setiap anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun, secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam merespon terhadap nyeri.

g. Makna nyeri

Setiap individu akan memiliki nyeri yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Maka makna nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

9. Mengukur 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

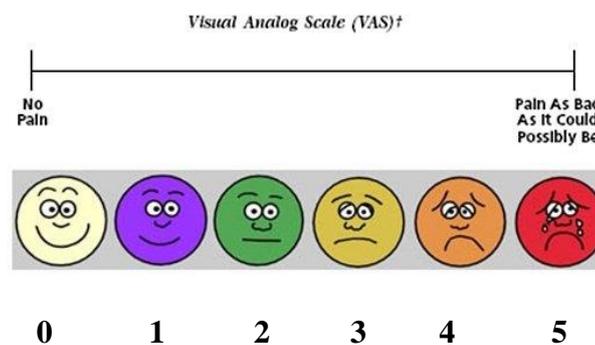
Skala Nyeri menurut Hayward

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

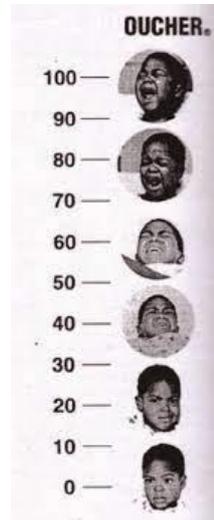
Skala nyeri McGill (McGill Scale)

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

c. Skala nyeri menurut Bayer

Untuk mengukur intensitas nyeri pada anak-anak : Bayer dkk mengembangkan “Oucher” yang terdiri atas dua skala terpisah yaitu

sebuah skala dengan nilai 0-100 pada sisi sebelah kiri untuk anak-anak yang lebih besar dan skala fotografik pada enam gambar pada sisi kanan untuk anak-anak yang lebih kecil.



Gambar 2

Skala nyeri Oucher

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

10. Penatalaksanaan nyeri

a. Farmakologi

1) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri atas berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan, dikarenakan obat ini membuat ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. (Wahid Iqbal Mubarraq dkk, 2015).

2) Analgesik nonnarkotik

Analgesik nonnarkotik seperti aspirin, acetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek antiinflamasi dan antipiretik. Obat golongan ini, dapat menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dan jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah

gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster. Wahid Iqbal Mubaraq dkk, (2015)

b. Nonfarmakologi

1) Relaksasi progresif

Relaksasi progresif adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau terjadi nyeri, setres, fisik, dan emosi pada nyeri.

2) Stimulasi kutaneus plesbo

Plesbo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologis dalam bentuk yang dikenal dengan obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Pada umumnya, plesbo terdiri atas larutan gula, larutan salin normal atau air biasa.

3) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal yang lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. (Andri & Wahid, 2016).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

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 koping

Setiap individu memiliki sumber koping 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). Diagnosis keperawatan pada pasien yang berhubungan dengan gangguan rasa nyaman, yaitu :

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (luka operasi)
- b. Intoleransi aktivitas b.d imobilitas (pasca operasi)
- c. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (tindakan operasi)

Tabel 2

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 berkaitan dengan kerusakan	a. Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) b. Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan). c. Agen pencedera	Subjektif : - Mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur - Bersikaf	Subjektif : - Tidak tersedia Objektif : - Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah - Nafsu makan	- Kondisi pembedahan, cedera traumatis - Infeksi - Sindrom koroner akut - Glaukoma

	jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.	fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan).	protektif (misal waspada, posisi menghindari yeri)	berubah, Proses berfikir terganggu - Menarik diri, berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	
2.	Intoleransi aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari	a. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen b. Tirah baring c. Kelemahan d. Imobilitas e. Gaya hidup monoton	Subjektif : - Mengeluh lelah Objektif : - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Subjektif : - Dipsnea saat/setelah aktivitas - Merasa tidak nyaman setelah aktivitas - Merasa lemah Objektif : - Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat - Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas - Gambaran EKG menunjukkan iskemia sianosis	- Anemia - Gagal jantung kongestif - Penyakit jantung koroner - Penyakit katup jantung - Aritmia - Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) - Gangguan metabolik - Gangguan muskuloskeletal
3.	Gangguan Pola Tidur (D.0055) Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.	a. Hambatan lingkungan (misal kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan). b. kurang kontrol tidur. c. Restraint fisik d. kurang privasi e. ketidadaaan teman tidur f. Tidak familiar dengan peralatan tidur	Subjektif : - Mengeluh sulit tidur - Mengeluh sering terjaga. - Mengeluh tidak puas tidur. - Mengeluh pola tidur berubah. - Mengeluh istirahat tidak cukup. Objektif : - Tidak tersedia	Subjektif : - Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun Objektif : - Tidak tersedia	- Nyeri/krolik - Hipertiroidisme - Kecemasan - Penyakit paru obstruktif kronis - Kehamilan - Periode pasca partum - Kondisi pasca operasi

Sumber : SDKI 2017

3. Rencana tindakan keperawatan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, etis. (SIKI, 2018).

Tabel 3
Rencana Keperawatan

No.	Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi pendukung
1.	<p>Nyeri akut Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Tidak meringis. 3. Tidak bersikap protektif. 4. Tidak gelisah. 5. Tidak mengalami kesulitan tidur. 6. Frekuensi nadi membaik. 7. Tekanan darah membaik. 8. Kemampuan mengontrol nyeri meningkat, 9. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat. 10. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmako-logis meningkat. 	<p>Manajemen nyeri Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan, berat, konstan. Tindakan <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuslitas, 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><i>Teraupetik</i></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, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi efek samping 4. Edukasi manajemen nyeri 5. Edukasi proses penyakit 6. Edukasi teknik napas dalam 7. Kompres hangat 8. Kompres dingin 9. Latihan pernapasan 10. Manajemen efek samping obat 11. Manajemen kenyamanan lingkungan 12. Pemantauan nyeri 13. Pemberian obat 14. Pengaturan posisi 15. Perawatan kenyamanan 16. Teknik distraksi 17. Terapi musik 18. Terapi relaksasi

		<p>kebisingan).</p> <p>12. Fasilitasi tidur</p> <p>13. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><i>Edukasi</i></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><i>Kolaborasi</i></p> <p>19. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</p>	
2.	<p>Gangguan pola tidur</p> <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengeluh sulit tidur. 2. Tidak mengeluh tidak puas saat tidur. 3. Pola tidur membaik. 4. Istirahat cukup. 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Definisi : Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur.</p> <p>Tindakan</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis). 3. Identifikasi makanan / minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi. <p><i>Teraupetik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). 6. Batasi waktu tidur siang, <i>jka perlu</i>. 7. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur. 8. Tetapkan jadwal tidur rutin. 9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). 10. Sesuaikan jadwal pemberian obat / tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan meditasi. 2. Fototerapi gangguan mood/tidur. 3. Latihan otogenik. 4. Manajemen lingkungan. 5. Manajemen nutrisi. 6. Manajemen nyeri. 7. Pemberian obat oral. 8. Pengaturan posisi. 9. Teknik menenangkan. 10. Terapi aktivitas. 11. Terapi musik. 12. Terapi pijatan. 13. Terapi relaksasi. 14. Terapi relaksasi otot progresif.

		<p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. 12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur. 13. Anjurkan makanan/minuman yang mengganggu tidur. 14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM. 15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift kerja). 16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya. 	
3.	<p>Intoleransi aktivitas Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3. Kelulah lelah menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Frekuensi nafas membaik 	<p>Manajemen energi Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan Tindakan <i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 7. lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 8. berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 9. Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan tirah baring 11. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 12. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 14. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p><i>Kolaborasi :</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan ambulasi 2. Dukungan kepatuhan program pengobatan 3. Dukungan meditasi 4. Dukungan pemeliharaan rumah 5. Dukungan perawatan diri 6. Dukungan spiritual 7. Dukungan tidur 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi teknik ambulasi 10. Manajemen lingkungan 11. Manajemen medikasi 12. Manajemen mood 13. Manajemen nutrisi 14. Manajemen nyeri 15. Pemantauan tanda vital 16. Pemberian obat 17. Terapi aktivitas 18. Terapi musik 19. Terapi relaksasi otot progresif

		15. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang meningkatkan asupan makanan.	
--	--	--	--

Sumber : SLKI 2017 dan SIKI 2018

4. Implementasi keperawatan

Menurut Potter P. & Petter (2014), Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen pada tahap implementasi meliputi :

- a. Tindakan keperawatan mandiri.
- b. Tindakan keperawatan edukatif.
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif.
- d. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

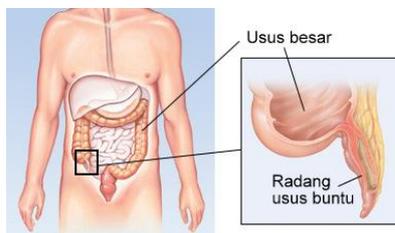
5. Evaluasi keperawatan

Menurut Tarwoto & Wartonah (2011), tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan yang sudah dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan. Teknik pelaksanaan evaluasi, meliputi :

- a. S (*subjective*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. O (*objective*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. A (*analysis*) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.
- d. P (*planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian appendisitis



Gambar 3

Anatomi appendisitis

(Sumber :: BprsKu.Co.Id, Media Tekno Indonesia)

Appendisitis adalah peradangan apendiks yang merupakan kasus gawat bedah abdomen yang sering terjadi (Barret et al, 2015). Menurut Rudi Haryono (2012), apendiks adalah ujung seperti jari yang kecil dan panjangnya kira-kira 10cm 94 inci. Melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur kedalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi.

Appendisitis merupakan peradangan pada apendiks (umbai cacing). Kira-kira 7% populasi akan mengalami appendisitis secara bersamaan dalam hidup mereka. Pada pria lebih lebih cenderung terkena appendisitis dibandingkan dengan wanita. Penyakit ini lebih sering menyerang usia 10 hingga 30 tahun.

Appendisitis perforasi merupakan komplikasi utama pada apendiks. Dimana, apendiks telah pecah sehingga isi apendiks keluar menuju rongga perinium yang dapat menyebabkan peritonitis atau abses.

2. Etiologi

Appendisitis merupakan infeksi bakteri yang disebabkan oleh obstruksi atau penyumbatan akibat dari :

- a. Hiperplasia folikel limfoid.
- b. Adanya fekalit dalam lumen apendiks.
- c. Tumor apendiks.

- d. Adanya benda asing seperti cacing aksilaris.
- e. Erosi mukosa apendiks karena parasit.

Kebiasaan sering mengonsumsi makanan rendah serat sehingga mengakibatkan konstipasi, yang dapat menimbulkan appendisitis sehingga dapat meningkatkan tekanan intrasekal dan menimbulkan sumbatan pada fungsional apendiks serta menyebabkan meningkatnya pertumbuhan kuman flora pada kolon (Mary DiGiulio et al. 2014).

3. Tanda dan gejala, klasifikasi

Menurut Murtaqib & Kushariyadi, (2020) menyebutkan bahwa tanda-tanda dan gejala appendisitis, yaitu :

- a. Rasa sakit pada abdominal mulai dari periumbical dan berjalan ke kanan bawah.
- b. Rasa sakit yang mengganjal (menyakitkan ketika tekanan pada abdomen dengan cepat dipindahkan) terjadi dengan radang peritoneal.
- c. Tampak melindungi abdomen dari latihan yang menyakitkan.
- d. Kekakuan abdomen (abdomen terasa lebih kaku ketika di palpasi).
- e. Demam akibat peradangan/infeksi
- f. Mual, muntah, hilang nafsu makan.
- g. Rasa sakit pada kuadran kanan bawah.

Klasifikasi Appendicitis terbagi atas dua, yaitu :

1) Appendisitis akut

Appendisitis akut merupakan peradangan akut yang terjadi pada apendiks atau usus buntu. Appendisitis akut disebut juga dengan appendisitis akut fokal atau segmentalis yaitu setelah sembuh akan timbul striktur lokal dan appendisitis purulenta difusi (sudah bertumpuk nanah).

2) Appendisitis kronis

Appendisitis kronis merupakan kondisi usus buntu yang terjadi dalam waktu yang lama (> 2minggu). Appendisitis kronis disebut juga appendisitis kronis fokal atau parsial yaitu setelah sembuh akan timbul striktur lokal. Appendisitis kronis obliterativa yaitu apendiks miring, biasanya ditemukan pada usia tua.

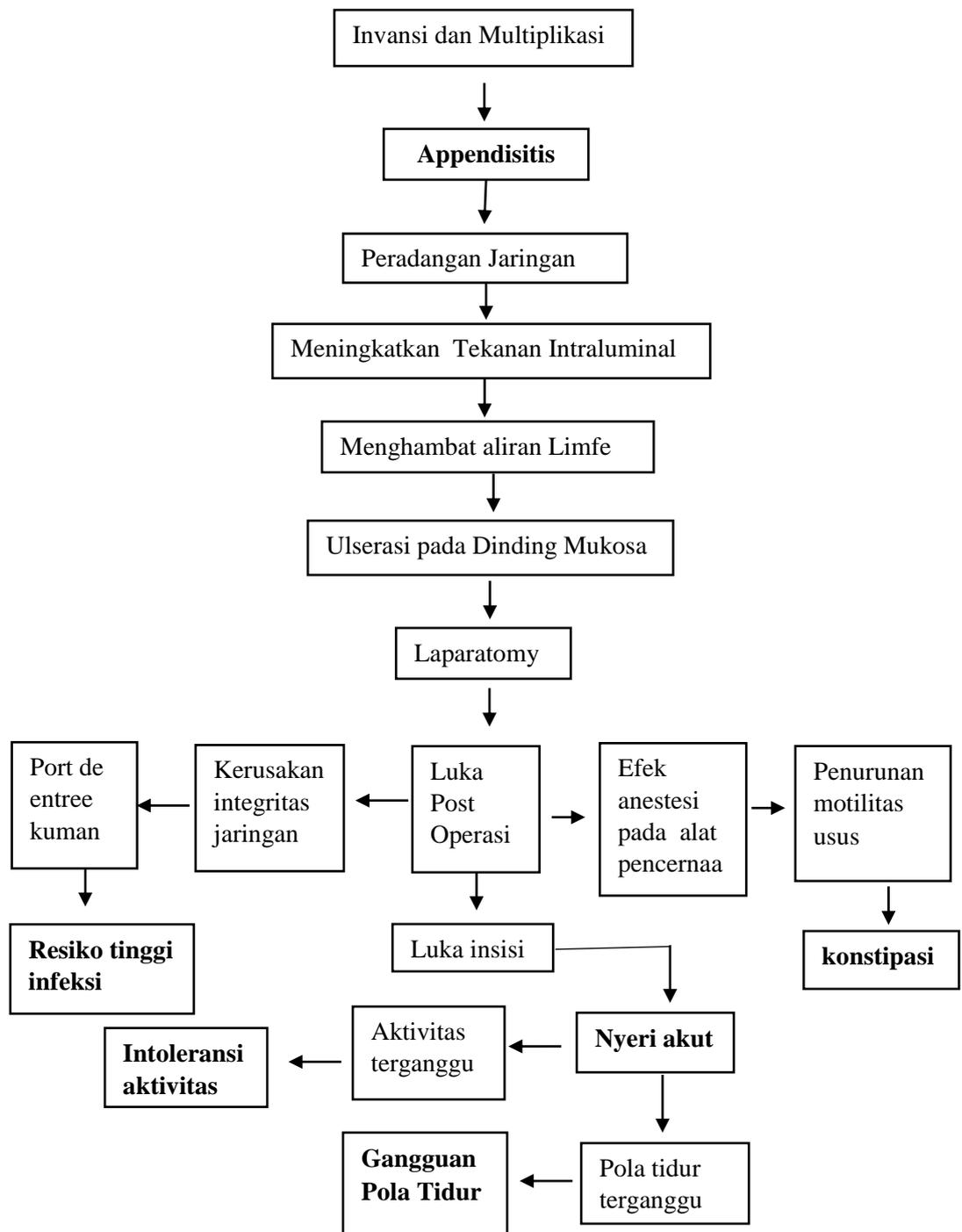
4. Patofisiologi

Appendisitis atau usus buntu biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa appendiks mengalami bendungan. Semakin lama muks tersebut, maka akan semakin banyak. Namun, elastitas dinding appendiks mempunyai keterbatasan sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra lumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe sehingga mengakibatkan edema dan ulaserasi mukosa. Maka, akan terjadi appendisitis akut fokal yang ditandai dengan nyeri epigastrium.

Bila sekresi mukus berlanjut, maka tekanan intra lumen akan terus meningkat. Sehingga, hal tersebut dapat menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding sehingga peradangan yang timbul akan meluas dan akan mengenai peritoneum yang dapat menimbulkan nyeri pada abdomen kanan bawah. Pada fase ini sering disebut dengan appendisitis supuratif akut.

Apabila aliran arteri terganggu maka akan terjadi infark dinding appendiks yang diikuti ganggren. Pada stadium ini disebut appendisitis ganggrenosa. Apabila dinding appendiks rapuh maka akan terjadi perforasi yang disebut dengan appendisitis perforasi. Apabila proses berjalan dengan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah appendiks sehingga muncul infiltrat appendikkularis.

Pada anak-anak karena omentum lebih pendek dan appendiks lebih panjang, maka dinding lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang, sehingga memudahkan untuk terjadi perforasi. Sedangkan pada orang tua mudah terjadi karena ada gangguan pada pembuluh darah (Rudi Haryono, 2012).



Gambar 4
 Pathway Appendisitis
 (Sumber : Mansjoer, 2018)

5. Komplikasi

Perforasi, peritonitis, dan abses adalah kemungkinan komplikasi dari appendisitis akut. Perforasi ditandai oleh nyeri yang semakin meningkat dan demam tinggi. Kondisi ini dapat menyebabkan abses kecil yang terlokalisasi, peritonitis lokal, atau peritonitis generalisata yang signifikan.

Gangguan yang tidak begitu sering terjadi adalah appendisitis kronik, yang ditandai dengan nyeri abdomen kronik dan serangan akut yang berulang dengan interval beberapa bulan atau lebih. Kondisi lain seperti, IBD (*inflammatori bowel disease*) dan gangguan ginjal, sering juga menyebabkan manifestasi yang dikaitkan dengan appendisitis kronik (Priscilla LeMone dkk, 2018).

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium
 - 1) Leukosit normal atau meningkat (bila lanjut umunya leukositosis $> 10.000/mm^3$).
 - 2) Hitung jenis segmen lebih banyak.
 - 3) LED meningkat (pada appendisitis infiltrate)
- b. Rontgen : appendictogram : hasil positif berupa (non-filling, partial filling, mouse tail, dan cut off).
- c. Pemeriksaan urine. Pemeriksaan urine dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan diagnosis lain, seperti infeksi saluran kemih atau batu pada saluran kemih yang dapat memberikan gejala nyeri yang menyerupai penyakit usus buntu.
- d. Rontgen abdomen : tidak menolong, kecuali telah terjadi peritonitis.
- e. Pada pemeriksaan ultrasonografi : ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks. Sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan hasil yang dicurigai perforasi atau abses.
- f. Operasi pengangkatan usus buntu (dapat dilakukan dengan appendectomy dan laparoscopy atau open laparotomy).
(Murtaqib & Kushariyadi, 2020).

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Laboratorium
 - 1) Leukosit normal atau meningkat (bila lanjut umumnya leukositosis $> 10.000/\text{mm}^3$).
 - 2) Hitung jenis segmen lebih banyak.
 - 3) LED meningkat (pada appendisitis infiltrate)
 - b. Rontgen : appendictogram : hasil positif berupa (non-filling, partial filling, mouse tail, dan cut off).
 - c. Rontgen abdomen : tidak menolong, kecuali telah terjadi peritonitis.
 - d. Pada pemeriksaan ultrasonografi : ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks. Sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan hasil yang dicurigai perforasi atau abses.
 - e. Operasi pengangkatan usus buntu (dapat dilakukan dengan appendectomy dan laparoscopy atau open laparotomy).
- (Murtaqib & Kushariyadi, 2020).