

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan manusia pada dasarnya meliputi dua kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan akan materi dan non materi. Perawat harus mengetahui karakteristik kebutuhan dasar manusia hal ini untuk memudahkan dalam memberikan bantuan layanan keperawatan (Purwoto et al., 2022).

Abraham Maslow (1908-1970), merumuskan suatu teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dapat digunakan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Menurut teori ini, beberapa kebutuhan manusia tertentu lebih besar dari pada kebutuhan lainnya. Sehingga beberapa kebutuhan harus dipenuhi sebelum memenuhi kebutuhan lainnya.

Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia, masing-masing kebutuhan tersebut dijabarkan lebih jauh, mulai kebutuhan yang paling dasar sampai kebutuhan yang tertinggi seperti sebagai berikut:

- 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 tubuh atau hidup. ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya.
- c. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Contohnya, kekhawatiran yang dialami seseorang

ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh kaharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.

- d. 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.
- e. Kebutuhan akan harga diri maupun 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 pe ngakuan dari orang lain (Haswita & Sulistyowati, 2017).



Gambar 1

Hierarkhi Maslow

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subyek (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar dari perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori

maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau factor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2022).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) Wolf Weifsel Feurst: nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 2) Mc. Coffery: mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 3) Arthur C. Curton: mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum: mengartikan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2017).

a. Teori nyeri

1. Teori pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori pola

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek

serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik (Haswita & Sulistyowati, 2017).

b. Fisiologi nyeri

Terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (*reseptor*) terkait.
- 2) Proses berikutnya, yaitu transmisi dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (*ascendens*), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.

- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetik seperti morfin.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas. Sangat disayangkan karena nyeri secara mendasar merupakan pengalaman subyektif yang dialami seseorang sehingga sangat sulit untuk memahaminya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Klasifikasi nyeri

1. Jenis nyeri

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

a. Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- 1) Nyeri *superfisial*: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Nyeri *viseral*: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga *abdomen*, *kranium* dan *toraks*.
- 3) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

c. Nyeri *psikogenik*, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

2. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 1
Perbedaan antara Nyeri Akut dan Nyeri Kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksterbal atau peyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapawaktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : Haswita dan Sulistyowati, 2017

d. Pengukuran intensitas nyeri

1. Skala nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan.

Tabel 2
Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkontrol

Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017

e. Faktor yang mempengaruhi nyeri

1. Usia

Anak-anak dan lansia. Perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu. Penyakit yang hanya dijumpai pada jenis kelamin tertentu, terutama yang berhubungan erat dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin. Beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7. Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimana pun, hal ini tidak selalu benar. Lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

8. Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus klien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Klien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi

kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Sumber: Haswita dan Sulistyowati, 2017).

f. Penyakit yang berhubungan dengan nyeri akut

Nyeri akut paling sering terjadi ketika seseorang mengalami trauma tumpul, misalnya benturan. Beberapa hal lain yang dapat menyebabkan nyeri akut yaitu sakit gigi, keseleo, infeksi pada luka, luka bakar, persalinan, tergelincir dan jatuh, kram menstruasi, dan batu ginjal.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data mengenai biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial, dan pemeriksaan fisik (Andarmoyo,S. 2018)

- a. Identitas dan biodata pasien meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor RM, diagnosis medis, dan alamat pasien
- b. Identitas penanggung jawab meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan alamat.
- c. Keluhan utama merupakan keluhan pasien pada saat masuk RS, selain itu mengungkapkan penyebab pasien membutuhkan pertolongan sehingga pasien dibawa ke Rumah Sakit dan menceritakan kapan pasien mengalami gangguan kebutuhan tersebut.

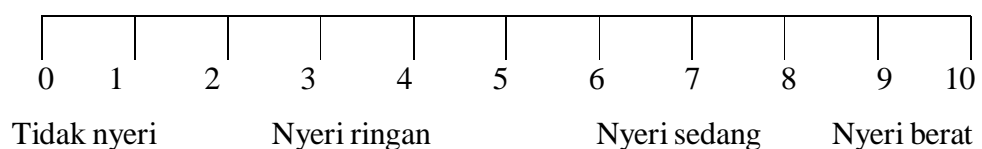
d. Riwayat kesehatan sekarang mengungkapkan keluhan paling sering dirasakan oleh pasien pengkajian dengan menggunakan metode PQRST.

Metode ini meliputi hal-hal:

- 1) P (*Provokatif/Paliatif*), yaitu membuat terjadinya, timbulnya keluhan hal-hal apa yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan pasien tersebut dikembangkan dari keluhan utama.
- 2) Q (*Quality/Quantity*), yaitu seberapa berat keluhan terasa, bagaimana rasanya, berapa sering terjadi.
- 3) R (*Regional/Radiasi*), yaitu lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah juga ada penyebaran ke area lain, daerah atau area penyebarannya.
- 4) S (*Severity of scale*), intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, berat.
- 5) T (*Time*), yaitu kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, berapa sering dirasakan atau terjadi, apakah secara bertahap, apakah keluhan berulang-ulang, bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu untuk menentukan waktu dan durasi.

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat diangka berapa. Perawat menyelaskan tingkatan nyerinya yaitu 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat tetapi terkontrol, dan 10 nyeri sangat berat tidak terkontrol.

Numeric Rating Scale



Gambar 3

Numeric rating Scale

Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017

e. Riwayat kesehatan dahulu untuk mendapatkan profil penyakit, cedera atau operasi yang dialami kelin sebelumnya. Misalnya gejala, perjalanan,

terminasi, kekambuhan komplikasi, insiden penyakit pada anggota keluarga lain atau komunitas, respon emosi pada hospilatis sebelumnya, dan kejadian dan sifat cedera.

- 1) Riwayat alergi mengkaji reaksi tak umum terhadap makanan, obat, binatang, tanaman, atau produk rumah tangga seperti obat-obatan (meliputi nama, dosis, jadwal, durasi, dan alasan pemberian).
- 2) Kebiasaan
 - a) Pola perilaku seperti mengigit kuku, menghisapibu jari, pika, ritual, seperti “selimut pengaman”, gerakan tidak umum (membenturkan kepala, memanjat), dan tempat tenang.
 - b) Aktivitas sehari-hari seperti jam tidur dan bangun, durasi tidur siang atau malam, usia toilet training, pola defekasi dan berkemih.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data, ada empat cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Untuk dapat informasi tentang masalah kesehatan yang potensial. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki atau *head to toe*.

- 1) Inspeksi, pengumpulan data melalui melihat, mengobsevasi, mendengar, atau mencium. Keadaan luka dapat dilihat adanya kemerahan, adanya granulasi, pus, luka kering atau lembab, panjang, dan kedalaman luka. Pasien dengan asma dapat terdengar bunyi wheezing walau tanpa menggunakan stetoskop. Perawat dapat pula mengidentifikasi adanya bau gangre, bau keton pada pernapasan pasien dengan ketoasidosis. Keadaan pucat, sianosis, warna kulit, pasien sulit bernapas, adanya pernapasan cuping hidung, atropi bagian tubuh, dan kelainan-kelainan lain yang dapat dilihat menggunakan teknik pemeriksaan inspeksi.
- 2) Auskultasi, pemeriksaan fisik dengan menggunakan alat untuk mendengar seperti stetoskop. Contoh bunyi jantung dapat diidentifikasi adanya bunyi-bunyi jantung, I, II, III atau IV, bunyi bising jantung, murmur, gallop. Pemeriksaan bising usus, paru-paru juga dapat

diidentifikasi dengan auskultasi misalnya bunyi rales, vasikuler, dan ronkhi.

g. Pemeriksaan penunjang atau diagnostic

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Misalnya untuk menentukan status nutrisi pada pasien anemia dapat diketahui melalui pemeriksaan hemoglobin dan albumin. Indikasi adanya infeksi dengan pemeriksaan leukosit. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, feses, USG, MRI, dan lain-lain.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI T.P., 2018).

Tabel 3
Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala
1.	Nyeri Akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Agen pencederaan fisiologis (misalnya, Inflasi, iskemia, neoplasma) Agen pencederaan kimiawi (misalnya, Terbakar, bahan kimia, iritan) Agen pencederaan fisik (misalnya, Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	Subjektif: 1. Mengeluh nyeri Objektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (misalnya: waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Subjektif: Tidak tersedia Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

2.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Definisi: keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10. Malnutrisi 11. Gangguan muskuloskeletal 12. Gangguan neuromuscular 13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14. Efek agen farmakologis 15. Program pembatasan gerak 16. Nyeri 17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18. Kecemasan 	<p>Subjektif: 1. Mengeluh Sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>Objektif: 1. Kekuatan otot menurun Rentan gerak (ROM) menurun</p> <p>Subjektif: 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak</p> <p>Objektif: 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah</p>
3.	<p>Gangguan Pola Tidur (D.0055) Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur Akibat factor eksternal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (misalnya: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap pemantauan/pemeriksaan/Tindakan) 2. Kurang control tidur 3. Kurang privasi 4. Restraint fisik 5. Ketidaknyaman tidur 6. Tidak familiar dengan peralatan tidur 	<p>Subjektif: 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup</p> <p>Objektif: - Tidak Tersedia</p> <p>Subjektif: 1. Mengeluh kemampuan aktivitas menurun</p> <p>Objektif: - Tidak tersedia</p>

Sumber: Buku Standar Diagnosis Keperawatan, 2018

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang dirasakan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI T. P., 2018). Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018).

Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 4
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Sikap protektif menurun 6. Menarik diri menurun 7. Muntah menurun 8. Mual menurun 9. Pola nafas mambaik	Manajemen Nyeri (L08238) Observasi 1. Monitor lokais, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, 2. Monitor skala nyeri 3. Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapetik 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: aromaterapi, kompres hangat/dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan, kebisingan) Edukasi 1. Jelaskan penyebab, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarakan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

Sumber: Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018). Hal – hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penugasan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknikal, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi dilindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan. Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keparawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah pasien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*) sebagai pola pikirnya.

- a. S: Respon subjektif pasien asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
- b. O: Respon objektif pasien asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan
- c. A: Analisa data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi, atau muncul masalah baru.
- d. P: Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

Hasil ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi:

- 1) Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan

- 2) Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang ditetapkan
- 3) Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
- 4) Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

Tabel 5
Standar Luaran Keperawatan Indonesia

Tingkat Nyeri		L.08066			
Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.					
Ekspektasi					
	Menurun				
Kriteria Hasil	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola napas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berpikir	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

Sumber: Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Batu ginjal atau *nefrolitiasis* merupakan suatu keadaan dimana terdapat satu atau lebih batu di dalam pelvis atau kaliks dari ginjal. Secara garis besar pembentukan batu ginjal dipengaruhi oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor intrinsik yaitu umur, jenis kelamin, dan keturunan. Sedangkan faktor ekstrinsik yaitu kondisi geografis, iklim, kebiasaan makan, zat yang terkandung dalam urine, dan pekerjaan (Fauzi & Putra, 2020). *Nefrolitiasis* adalah batu atau *kalkuli* yang dibentuk didalam saluran kemih mulai dari ginjal kandung kemih oleh kristalisasi dari substansi ekskresi di dalam urine (Nursalam, 2019). Berdasarkan kedua penjelasan di atas, penulis dapat menyimpulkan *nefrolitiasis* adalah suatu penyakit yang terjadi pada saluran perkemihan karena terjadi pembentukan batu di dalam ginjal, yang terbanyak pada bagian pelvis ginjal yang menyebabkan gangguan pada saluran dan proses perkemihan



Gambar 4
Nefrolitiasis
(Sumber: Nursalam, 2019)

2. Etiologi

Beberapa penyebab terbentuknya batu ginjal yang dapat dipicu oleh faktor keturunan, makanan, dan obat-obatan:

- a. Hiperkalsuria: penyebabnya pembentukan batu kalsium, disebabkan peningkatan penyerapan kalsium usus, menurunnya reabsorpsi kalsium di ginjal dan peningkatan mobilisasi dari tulang
- b. Hiperurikosuria: terdeteksi dari 100% pembentukan batu kalsium. Berdasarkan fisikokimia batu kalsium terbentuk akibat supersaturasi kemih dengan monosodium koloid kristalisasi oksalat yang diinduksi.

- c. Hipositraturia: sitrat adalah inhibitor endogen pembentukan batu kalsium, rendahnya ekskresi sitrat urin ditemukan pada 20-60% nefrolitiasis. Penentu utama ekskresi sitrat urin adalah keseimbangan asam basa. Umumnya terjadi dengan asidosis metabolik, peran penghambat sitrat juga melibatkan pembentukan larutan kompleks dan pengurangan kejenuhan.
- d. Hiperoksaluria: disebabkan oleh produksi oksalat yang berlebihan akibat dari gangguan metabolisme, peningkatan penyerapan oksalat usus, peningkatan asupan makanan bioavailabilitas, dan pH urin. pH yang terlalu asam maka urin menjadi jenuh dengan asam urat yang berperan dalam kristalisasi kalsium oksalat, sedangkan urin yang sangat alkalin dapat meningkatkan monohidrogen fosfat yang dalam kombinasi dengan kalsium berubah menjadi termodinamika brusit yang tidak stabil dan akhirnya terbentuk hidroksiapatit.

Nefrolitiasis adalah ketidakseimbangan kimiawi antara zat-zat kimia dalam urine dengan air sebagai pelarutnya. Penyebab spesifik batu ginjal tergantung pada jenis batu itu sendiri.

1) Batu kalsium

75% batu ginjal adalah batu kalsium. Batu kalsium disebabkan karena *hiperratiroid*, peningkatan penyerapan kalsium di usus, *hiperurikosuria*, *hiperoksaluria*, *hipositraturis*, ataupun *hipomagnesuria*.

2) Batu Struvit

Batu struvit umumnya terbentuk akibat infeksi saluran kemih berulang oleh bakteri yang memiliki enzim urease, antara lain:

- a) *Klebsiella sp*, termasuk *pneumoniae* yang sudah ditemukan varian hipervirulen yang menyebabkan infeksi saluran kemih komplikata
- b) *Proteus sp*.
- c) *Pseudomonas sp*.
- d) *Citrobacter*
- e) *Coagulase-negative Staphylococcus sp*

3) Batu Asam Urat

Batu asam urat terjadi pada pasien dengan hiperurikosuria, misalnya pasien *hiperurisemia* dan *gout*.

4) Batu Sistin

Batu sistin berkaitan dengan kelainan genetik dimana terjadi defek pada fungsi metabolik sehingga terjadi gangguan *reabsorpsi* senyawa *sistin*, *ornitin*, *lisin* dan *arginin* di ginjal.

5) Obat

Beberapa *medikamentosa* dapat meningkatkan risiko batu ginjal, seperti *indinavir*, *atazanavir*, dan *guaifenesin*.

6) Gaya Hidup

Penderita batu ginjal banyak ditemukan pada orang-orang yang kurang asupan cairan, buah-buahan dan sayuran. Penyakit ini juga banyak ditemui pada orang-orang yang berlebihan mengonsumsi garam, protein hewani, makanan tinggi purin, sumber *oksalat*, minuman bersoda, serta penggunaan suplemen.

7) Pekerjaan

Pekerjaan risiko tinggi yang melibatkan paparan panas berlebih, seperti pekerja bangunan atau peleburan baja, dapat mengakibatkan kurangnya hidrasi. Tukang las dan pekerja pengecatan menggunakan *spray* juga terpapar *kadmium* dan asam *oksalat* yang bersifat *nefrotoksik*.

8) Penggunaan Obat-obatan

Penggunaan suplemen kalsium, vitamin D, dan vitamin C diketahui justru meningkatkan insiden batu saluran kemih. Riwayat penggunaan obat seperti *probenecid*, *topiramate*, dan *acetooazolamide* dapat mengganggu keseimbangan *analit urine*.

3. Manifestasi klinis

Menurut Purnomo (2019) beberapa tanda dan gejala yang dapat ditemukan dan dirasakan pada pasien batu ginjal yaitu:

a. Nyeri

Nyeri mungkin bisa berupa kolik ataupun bukan kolik. Nyeri kolik terjadi karena aktivitas peristaltic otot polos sistem kalises ataupun ureter meningkat dalam usaha untuk mengeluarkan batu dari saluran kemih.

b. Batu diginjal menimbulkan obstruksi dan infeksi.

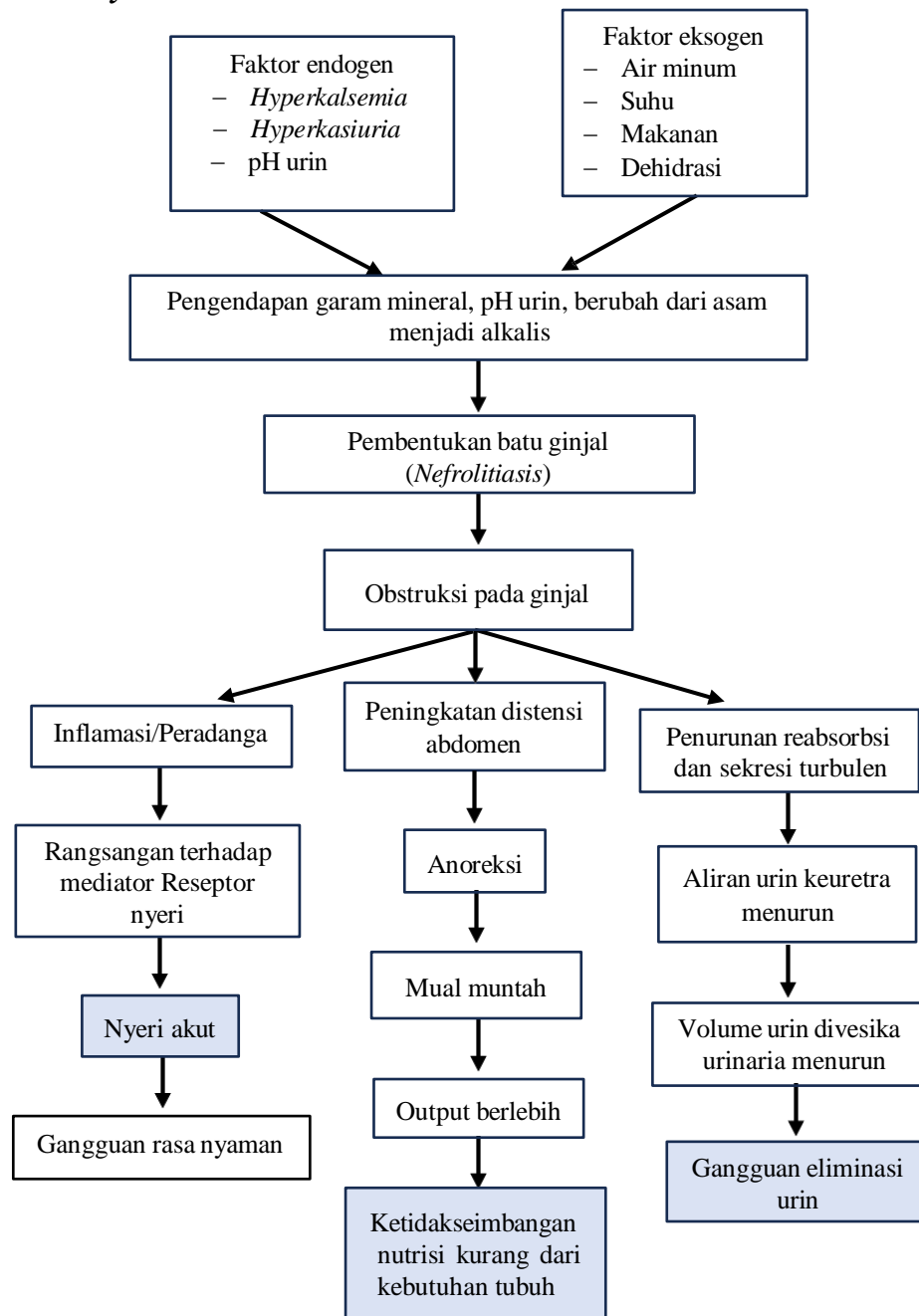
- c. Hematuria yang disebabkan akibat trauma mukosa saluran kemih karena batu
- d. Demam
- e. Perubahan dalam buang air kecil dan warna urin
Apabila ginjal manusia mengalami gangguan maka akan terjadi gangguan pada pembentukan urin, baik dari warna, bau dan karakteristiknya.
- f. Tubuh mengalami pembengkakan
Ketika ginjal gagal untuk melakukan fungsinya, yakni mengeluarkan cairan atau toksin dalam tubuh, maka tubuh akan dipenuhi cairan yang mengakibatkan pembengkakan terhadap beberapa bagian tubuh, diantaranya dibagian kaki, pergelangan kakim wajah dan atau tangan.
- g. Tubuh cepat lelah/kelahan
- h. Bau mulut/*ammonia breath*
- i. Gangguan *gastrointestinal*: rasa mual dan ingin muntah

4. Patofisiologi

Pembentukan batu saluran kemih adalah prosedur kompleks yang mencakup gangguan biokimiawi urin yang merangsang terjadinya *mukleasi kristal* dan *agregasi*. Gangguan penyerapan magnesium pada usus berperan dalam pembentukan kalsium oksalat. Penyimpangan saluran kemih yang mempengaruhi batu disebabkan oleh meliputi terus-menerus rendah pH urin yang rendah (faktor utama), hiperurikosuria (kadar asam urat urin harian melebihi 850mg/hari), volume urine yang rendah, dan penghambat makromolekul kristalisasi.

- a. Ph urine rendah: Ph urine yang rendah juga dapat memicu *kalkulasi* asam urat melalui kima asam basa dan kelarutan asam urat.
- b. *Hiperurikosuria*: sebagian besar berasal dari kelalaian nutrisi, meskipun mutasi di saluran monosodium urat dapat menyebabkan *hiperurikosuria*, *hipourikemia* ginjal kongenital.
- c. Volume urine rendah: penghambat *makromolekul kristalisasi*
Faktor-faktor yang menghambat pembentukan kristal yaitu kristalisasi asam urat dan pembentukan kalkulus *Glikosaminoglikan* (GAGs) memiliki efek penghambat pada kristal asam urat.

5. Pathway



Gambar 5
Pathway Nefrolitiasis
 Sumber: Suyanto, 2020

6. Pemeriksaan penunjang

a. Foto polos *abdomen*

Bertujuan untuk melihat kemungkinan adanya batu radio-opak di saluran kemih. Batu-batu jenis kalsium oksalat dan kalsium fosfat bersifat radio-opak dan paling sering dijumpai diantara batu jenis lain, sedangkan batu asam urat bersifat non opak (radio-lusen).

b. *Pilografi Intra Vena (IVU)*

Bertujuan menilai keadaan anatomi fungsi ginjal. Selain itu IVU dapat mendeteksi adanya batu semi-opak ataupun batu non opak yang tidak dapat terlihat oleh foto polos perut. IVU belum dapat menjelaskan keadaan sistem saluran kemih akibat adanya penurunan fungsi ginjal, sebagai penggantinya adalah pemeriksaan *pielografi retrograde*.

c. *Ultrasonografi (USG)*

USG dikerjakan bila pasien tidak mungkin menjalani pemeriksaan IVU, yaitu pada keadaan-keadaan: alergi terhadap kontras, faal ginjal dapat menilai adanya batu ginjal atau buli-buli (yang ditunjukkan sebagai *echoic shadow*), *hidronefosis*, *pionefrosis*, atau pengerutan ginjal.

7. Penatalaksanaan

a. *Medikamentosa*

Batu yang ukurannya kurang dari 5 mm, karena diharapkan batu dapat keluar spontan. Terapi yang diberikan bertujuan untuk mengurangi nyeri, memperlancar aliran urine dengan pemberian diuretikum, dan banyak minum banyak supaya dapat mendorong batu keluar dari saluran kemih.

b. *ESWL (Extracorporeal Shockwave Lithotripsy)*

Alat ESWL adalah pemecah batu yang diperkenalkan pertama kali oleh Caussy pada tahun 1980. Alat ini dapat memecah batu ginjal, batu ureter proksimal, atau batu buli-buli tanpa pembiusan jarang pemecahan batu yang sedang keluar menimbulkan perasaan nyeri *kolik* dan *hematuria*.

c. *Endourologi*

Tindakan invasif minimal untuk mengeluarkan batu saluran kemih yang terdiri atas memecah batu, dan kemudian mengeluarkannya dari saluran kemih melalui alat yang dimasukkan langsung kedalam saluran

kemih. Alat itu dimasukkan melalui uretra atau melalui insisi kecil pada kulit (perkuatan). Proses pemecahan batu dapat dilakukan secara mekanik, dengan memakai energi *hidraulik*, energi gelombang suara, atau dengan energi laser. Beberapa tindakan endrourologi yaitu:

- 1) PNL (*Percutaneous Nephro Litholapaxy*)
- 2) *Litotripsi*
- 3) *Ureteroskopi* atau *ureto-renoskopi*
- 4) *Ekstraksi dormia*

d. *Bedah Laparoskopi*

Pembedahan *laparoskopi* untuk mengambil batu saluran kemih saat ini sedang berkembang. Cara ini banyak dipakai untuk mengambil batu ureter.

e. *Bedah Terbuka*

Pembedahan terbuka itu diantara lain adalah *pielolitotomi* atau *nefrolitotomi* untuk mengambil batu pada saluran ginjal, dan *ureterolitotomi* untuk batu di ureter.

D. Jurnal Terkait

Tabel 6
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Fildayanti, Aristo, & Sariffudin	2019	<i>Election of open stone surgery (OSS) As treatment To Case Stghorn stone</i>	Melaporkan bahwa, batu ginjal terutama <i>staghorn stone</i> , sebagian besar pasien akan mengeluhkan nyeri pada area pinggang yang telah lama dan bersifat hilang timbul, kaluhan lain yang mengertai kondisi ini berupa mual maupun muntah. Pada pemeriksaan fisik didapatkan benjolan pada palpasi regio hipokondrium (<i>ballotment +</i>) dan nyeri ketok CVA, serta ditunjang dengan pemeriksaan penunjang yang memperlihatkan adanya stuktur batu ginjal yang tercetak pada pelvis memperlihatkan dan lebih dari dua kaliks. Penatalaksanaan kasus berikut tergantung dari besar dan luas batu tersebut, jika terbentuk <i>staghorn stone</i> sempurna atau batu lebih dari 2 cm, maka disarankan untuk melakukan tindakan <i>open stone surgery (OSS)</i> .
2.	Fauzi & Adi Putra	2016	<i>Nefrolitiasis</i>	Menyatakan bahwa penyakit nefrolitiasis ini memiliki gejala yang cukup khas dengan adanya rasa nyeri di

				daerah pinggang ke bawah. Nyeri bersifat kolik atau non kolik. Nyeri dapat menetap dan terasa sangat hebat. Mual dan muntah sering hadir, namun demam jarang dijumpai pada penderita, dan dapat juga muncul adanya <i>bruto</i> atau <i>meikrohaturia</i> . Penatalaksanaan kasus ini dapat dilakukan dengan metode ESWL (<i>Extracorporeal Shockwave Lithotripsy</i>), PCNL (<i>Percutaneous Nephro Litholapaxy</i>), bedah terbuka dan terapi konservatif atau terapi ekspulsif <i>medikamentosa</i> (TEM).
3.	Aditia Cahyo & Meri Oktaviani	2021	Asuhan keperawatan pada pasien Post Op <i>Nefrolitiasis</i> bilateral dalam memenuhi kebutuhan aman nyaman (nyeri Akut) di RSUD Karanganyar.	Subjek studi kasus yaitu sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Subjek berusia 30 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMK, alamat subjek terletak di Karanganyar, Pasien datang ke RSUD Karanganyar pada tanggal 22 Februari 2021. Hasil pengkajian diperoleh data yaitu, data subyektif pasien mengatakan nyeri, P : pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bekas operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertekan R : pasien mengatakan pada tangan kanan S: pasien mengatakan skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Data objektif yang didapatkan yaitu pasien tampak meringis kesakitan menahan nyeri di bagian perut TD : 100/60 mmHg, N:80x/menit, RR : 20 x/menit, S: 36
4.	Cindy Vernani, & Isnaini Rahmawati	2020	Asuhan Keperawatan Pasien Post <i>Percutaneous Nephrolithotomy</i> Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman	17-29 Februari 2020. Data yang telah diambil yaitu, 1 pasien dan diagnosa medis Post Operasi Nephrolithotomy. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan data pasien Tn.M berusia 30 tahun didapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri pada perut post operasi. P: Nyeri saat digerakkan, Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: Nyeri di bagian perut tibia dextra post operasi, S: Skala nyeri 7, T: Nyeri dirasakan hilang timbul. Data objektif didapatkan adalah tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 90 x/menit, respirasi 23 x/menit, dan suhu 36 C, pasien tampak gelisah dan meringis kesakitan menahan sakitnya. Hasil pemeriksaan fisik pada perut didapatkan hasil terdapat luka operasi. Dibagian perut post op, luka operasi ±sepanjang 15cm dan terdapat 14 jahitan.