

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar 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 memudahkan dalam memberikan bantuan layanan keperawatan (Purwoto et., al 2022)

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) teori hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan seperti oksigenasi, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan 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 sekitarnya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta, rasa memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan

keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

- d. 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 pengakuan dari orang lain.
- e. Kebutuhan aktualitas diri tingkat

Tingkatan kebutuhan tertinggi adalah kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*) dan akan dipenuhi setelah semua kebutuhan yang lain sudah terpenuhi.

Kebutuhan rasa aman didefinisikan oleh Maslow sebagai kebutuhan yang mendorong individu untuk memperoleh ketentraman dari kebutuhan yang mereka tempati. Terpenuhinya salah satu kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman dan trasiden sehingga individu akan merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental atau fisik maupun sosial. Perubahan kenyamanan adalah keadaan dimana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap rangsangan yang berbahaya. Konsep kenyamanan memiliki subjektivitas yang sama dengan rasa sakit atau nyeri. Secara holistik kebutuhan kenyamanan dipandang kedalam empat aspek diantaranya: kenyamanan fisik, kenyamanan sosial, kenyamanan psikopiritual, kenyamanan lingkungan (Ruminem, 2021).

2. Konsep Dasar Nyeri

- a. Definisi nyeri

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar, dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (Ayudita, 2023).

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. Menurut (Hidayat & Uliyah, 2014) 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.

b. 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 Nyeri Akut dan Nyeri Kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksternal atau penyakit 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 beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: Haswita dan Sulistyowati, 2017.

c. Pengukuran Intensitas Nyeri

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

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 terkendali

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017.

2) Skala Wajah atau *Wong Baker Faces Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 1 Skala Nyeri

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017.

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada 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. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda.

5) Perhatian

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

e. Strategi penanganan nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) beberapa starategi penanganan nyeri:

1) Farmakologis

Pemberian obat analgetik, yang dilakukan guna mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri. Jenis analgetik adalah narkotika dan bukan karkotik. Jenis narkotik digunakan untuk menurunkan tekanan darah dan menimbulkan depresi pada fungsi vital seperti respirasi. Jenia bukan narkotik yang paling banyak dikenal dimasyarakat adalah aspirin, dan bahan anti inflamasi nonsteroid

2) Non Farmakologis

- a. Kompres panas dan dingin
- b. Stimulasi saraf elektrik transkutan
- c. Distraksi
- d Teknik relaksasi napas dalam
- e Imajinasi terbimbing
- f *Massase*

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat& Uliyah, 2014). Pengkajian pada masalah nyeri yang dapat dilakukan adalah adanya riwayat nyeri,serta keluhan nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas, dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut.

- a. P (*provokatif*), yaitu faktor yang memengaruhi gawat atau ringannyanyeri.
- b. Q (*quality*), dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c. R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d. S (*severity*) adalah keparahan atau intensitas nyeri.
- e. T (*time*) adalah lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

Pengkaji nyeri diawali dengan wawancara dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik.

- a. Riwayat nyeri dapat dikaji dengan menanyakan beberapa pertanyaan kepada pasien
 - 1) Lokasi: menyakan dimana pasien merasakan nyeri?
 - 2) Intensitas nyeri: jelaskan kepada pasien mengenai skala nyeri. Berdasarkan skala 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. Berapa nyeri yang dirasakan oleh pasien?



Gambar 2 *Numeric Rating Scale*
sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

- 3) Kualitas: jelaskan mengenai karekteristik nyeri yang dirasakan?

- 4) Pola: waktu kapan mulai merasakan nyeri? durasi berapa lama merasakan nyeri? dan konsisten apakah pasien mengalami periode bebas nyeri?
 - 5) Faktor presipitasi: Apa saja hal yang memicu munculnya nyeri?
 - 6) Faktor yang mempengaruhi nyeri: Apa tindakan yang akan dilakukan atau obat yang dikonsumsi untuk mengurangi nyeri?
 - 7) Gejala yang menyertai: Apakah anda mengalami gejala lain. Seperti mual, pusing, penglihatan kabur, napas pendek sesudah, sebelum, selama, atau sesudah nyeri?
 - 8) Efek nyeri terhadap *Activity Daily Living* (ADL): Bagaimana nyeri mempengaruhi ADL ?
 - 9) Pengalaman nyeri sebelumnya: Jelaskan mengenai pengalaman nyeri yang pernah dialami dan tindakan yang dilakukan jika dirasakan?
 - 10) Makna nyeri: Apa harapan anda terhadap nyeri yang dirasakan?
 - 11) Sumber coping: Apa yang anda biasa lakukan untuk mengatasi nyeri?
 - 12) Respon efektif: Bagaimana nyeri mempengaruhi perasaan anda?
- Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan (Budiono & Pertami, 2016) meliputi:

a. Tahap pengkajian

- 1) Identitas pasien: yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.
- 2) Keluhan utama: pasien merasakan nyeri pada area perut bagian bawah sampai keanus
- 3) Riwayat kesehatan sekarang: selain mengeluh nyeri diarea bekas luka operasi, pasien tampak meringis dan gelisah.
- 4) Riwayat kesehatan masa lalu: biasanya apasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien memiliki penyakit tertentu.

- 5) Riwayat kesehatan keluarga: apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang.
- 6) Pola nutrisi dan metabolic: data yang perlu dikaji meliputi nafsu makan, jumlah makanan dan minuman serta cairan yang masuk adakah perubahan antara sebelum sakit dan setelah sakit.
- 7) Pola eliminasi: data yang perlu dikaji meliputi pola buang air besar, dan pola buang air kecil sebelum sakit dan setelah sakit.
- 8) Pola aktivitas dan latihan: kemampuan aktivitas dan latihan meliputi kemampuan melakukan perawatan diri, makan dan minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Pola latihan sebelum sakit dan saat sakit.
- 9) Pola tidur dan istirahat: data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.
- 10) Pengkajian fisik pada pasien dengan kanker *ileum* dan kanker *recum*
 - (a) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran: composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (*Glasgow Coma Scale*)
 - (b) Tanda-tanda vital: nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate
 - (c) Pemeriksaan head to toe. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*physical Examination*) yang terdiri atas:
 - (1) *Inspeksi*, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
 - (2) *Palpasi*, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Kemudian tangan harus dalam keadaan kering, hangat, dan kuku pendek. Palpasi pada setiap ekstermitas dan rasakan (kekuatan/kualitas

- nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak)
- (3) *Perkusi*, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan: sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
- (4) *Auskultasi* merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan *stetoskop*.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan

Sumber: Tim Pokja SDKI, 2016.

Tabel 3
Diagnosis Keperawatan

No.	Kondisi klinis terkait	Diagnosis Keperawatan	Penyebab faktor resiko	Tanda dan Gejala	
				Mayor	Minor
1.	1. Kondisi pembedahan, cedera traumatis 2. Infeksi 3. Sindrom 4. Glaukoma	Nyeri Akut (D.0077) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional,	- Agen pencedera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma) - Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan). - Agen	Subjektif : - Mengeluh nyeri Objektif : - Tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur - Bersikap protektif	Subjektif : - Tidak tersedia Objektif : - Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah - Nafsu

		dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.	pendcedera fisik (misal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan)	(misal waspada, posisi menghindari nyeri)	makan berubah Proses berfikir terganggu - Menarik diri, berfokus pada diri sendiri - Diaforesis
--	--	--	---	---	--

Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016.

3. Intervensi 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)

Tabel 4
Rencana keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
1.	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaphoresis menurun - Perasaan depresi menurun - Perasaan takut - Engalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa 	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Aromaterapi - Dukungan hypnosis diri - Dukungan pengung kapan kebutuhan - Edukasi efek samping obat - Edukasi proses penyalit - Edukasi teknik napas - Kompres dingin - Kompres panas - Konsultasi - Latihan pernapasan - Manajemen efek samping obat - Manajemen kenyamanan lingkungan - Manajemen medikasi - Manajemen sedasi - Manajemen terapi radiasi - Pementauan nyeri - Pemberian obat - Pemberian obat intravena - Pemberian obat oral - Pemberian obat topical - Pengaturan posisi

	<ul style="list-style-type: none"> - tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri - Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu) 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawatan amputasi - Perawatan Kenyamanan - Teknik distraksi - Teknik imajinasi terbimbing - Terapi akupresur. - Teknik akupunktur - Teknik bantuan hewan - Teknik humor - Teknik murettal - Teknik music - Teknik pijatan - Teknik relaksasi - Teknik sentuhan - <i>Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</i>
--	---	---	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan

d. Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat (Budiono dan pertami, 2015). Tujuan evaluasi keperawatan adalah:

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- c. Meneruskan rencana tindakan keperawat

Tabel 5
Standar Luaran Keperawatan Indonesia
Kriteria hasil Evaluasi Nyeri Akut

Tingkat Nyeri	L.08064				
Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten					
Ekspetasi	Menurun				
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5

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

Sumber: Tim Pokja SLKI (2018)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Konsep Kanker *Ileum*

a. Definisi Kanker *Ileum*

Kanker usus kecil adalah jenis kanker yang dimulai dengan pertumbuhan sel-sel di usus kecil. Usus halus, juga disebut usus kecil, adalah saluran panjang yang membawa makanan yang dicerna antara lambung dan usus besar. Usus kecil mencerna dan menyerap nutrisi dari makanan yang Anda makan. Ini menghasilkan hormon yang membantu pencernaan. Usus kecil juga berperan dalam sistem kekebalan tubuh melawan kuman. Ini mengandung sel-sel yang melawan bakteri dan virus yang masuk ke tubuh melalui mulut. Pengobatan kanker usus kecil biasanya melibatkan pembedahan untuk mengangkat kanker. Perawatan lain termasuk kemoterapi dan terapi bertarget, yang menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel kanker. Terapi radiasi juga dapat digunakan untuk mengecilkan kanker sebelum operasi (Yayasan Kanker Indonesia. 2018)

b. Etiologi Kanker *Ileum*

Penyebab kanker usus halus tidak diketahui, yang diketahui adalah terjadi sesuatu pada sel-sel di usus kecil yang mengubahnya menjadi sel kanker. Kanker usus kecil terjadi ketika sel mengalami perubahan pada DNA mereka. DNA sel menyimpan instruksi yang memberi tahu sel apa yang harus dilakukan. Perubahan tersebut memerintahkan sel untuk berkembang biak dengan cepat. Sel-sel terus hidup ketika sel-sel sehat mati sebagai bagian dari siklus hidup alaminya. Hal ini menyebabkan terlalu banyak sel. Sel-sel tersebut mungkin membentuk massa yang disebut tumor. Sel-sel tersebut dapat menyerang dan menghancurkan jaringan tubuh yang sehat. Seiring

berjalannya waktu, sel-sel tersebut dapat pecah dan menyebar ke bagian tubuh lainnya.

c. Tanda dan Gejala Kanker *Ileum*

Menurut (Towsend CM Jr, dkk 2022) Gejala kanker usus kecil meliputi:

- 1) Sakit perut.
- 2) Menguningnya kulit dan bagian putih mata, disebut penyakit kuning.
- 3) Merasa sangat lemah atau lelah.
- 4) Mual.
- 5) Muntah.
- 6) Menurunkan berat badan tanpa berusaha.
- 7) Darah pada tinja, yang mungkin terlihat merah atau hitam.
- 8) Diare encer.
- 9) Kulit memerah.

d. Patofisiologi Kanker *Ileum*

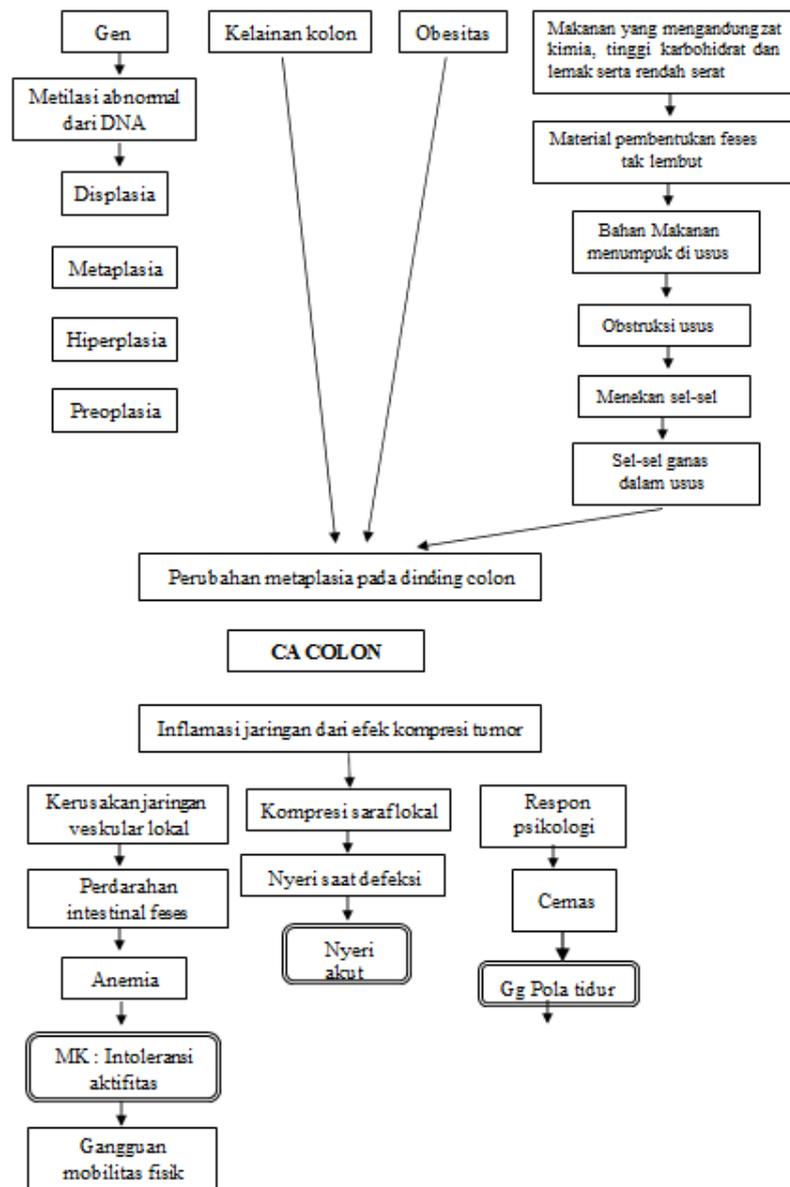
Secara umum, kanker pada usus halus dan kolon kanan cenderung lebih menyebabkan nyeri abdomen, kram, mual, dan muntah. oleh karena usus besar berdistensi. pada lokasi ini, lesi seringkali mengalami ulserasi, sehingga terjadi anemia, serta feses yang berwarna gelap dan coklat kemerahan, perubahan pola defekasi, nyeri abdomen, penurunan berat badan, anemia dan anoreksia. Bila adenoma tumbuh di dalam lumen luas (asendens dan transversum), maka obstruksi jarang terjadi. Hal ini dikarenakan feses masih mempunyai konsentrasi air yang cukup dan masih dapat melewati lumen tersebut dengan mengubah bentuk (Mardalena, 2014).

e. Komplikasi Kanker *Ileum*

Orang yang menderita kanker usus kecil mempunyai risiko lebih tinggi terkena jenis kanker lainnya. Ini mungkin termasuk penyakit

yang mempengaruhi usus besar, rektum, ovarium dan lapisan rahim, yang disebut endometrium. Kanker usus kecil stadium lanjut dapat menyebar ke bagian tubuh lain. Ketika kanker menyebar, itu disebut kanker metastatik. Kanker usus kecil paling sering menyebar ke hati.

f. Pathway kanker *ileum*



Gambar 3: Patway Kanker ileum
Sumber: Makatika, 2016

2. Konsep Kanker *Rectum*

a. Definisi Kanker *Rectum*

Kanker kolon adalah keganasan yang berasal dari jaringan usus besar, terdiri dari kolon (bagian terpanjang dari usus besar). Penyakit kanker kolon ini menimbulkan perubahan pada pola buang air besar termasuk diare, atau konstipasi, pendarahan pada buang air besar atau ditemukannya darah di feses, rasa tidak nyaman pada bagian abdomen, perasaan bahwa usus besar belum seluruhnya kosong sesudah buang air besar, rasa cepat lelah dan penurunan berat badan secara drastis tanpa diketahui penyebab jelasnya (Yayasan Kanker Indonesia 2018)

b. Etiologi Kanker *Rectum*

Penyebab dari pada kanker kolon belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor risiko yang diduga bisa menyebabkan munculnya kanker kolon, antara lain (Mardalena, 2014)

- 1) Usia lebih dari 40 tahun
- 2) Riwayat polip kolon
- 3) Adanya polip adematosa
- 4) Riwayat keluarga dengan kanker kolon dalam keluarga
- 5) Riwayat penyakit usus inflamasi klonis.

c. Tanda dan Gejala Kanker *Rectum*

Gejala sangat ditentukan oleh lokasi tumor/kanker, tahap penyakit dan fungsi segmen usus tempat tumor berlokasi. Gejala paling menonjol adalah perubahan kebiasaan defekasi. Pasase darah dalam feses adalah gejala paling umum kedua. Gejala dapat juga mencakup anemia yang tidak diketahui penyebabnya, anoreksia, penurunan berat badan dan keletihan. Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kanan adalah nyeri dangkal abdomen dan melena (feses hitam). Gejala yang sering dihubungkan dengan lesi sebelah kiri adalah yang berhubungan dengan obstruksi (nyeri abdomen dan kram, penipisan feses, konstipasi dan distensi) serta adanya darah

merah segar dalam feses. Gejala yang dihubungkan dengan lesi rektal adalah evakuasi feses yang tidak lengkap setelah defekasi, konstipasi dan diare bergantian serta feses berdarah.

d. Patofisiologi kanker *rectum*

Meskipun penyebab pasti kanker usus besar tidak diketahui, pola makan memainkan peran penting dalam perkembangan kanker. Misalnya, ini bisa jadi karena pola makan tinggi kolesterol dan lemak hewani, rendah serat, dan hubungan antara bakteri di usus besar dan asam empedu dalam makanan. Selain itu, bisa juga dipengaruhi oleh minuman beralkohol, terutama bir.

Menurut Black & Hawks (2014) ada banyak penyebab terjadinya kanker kolon dan rektal biasanya disebabkan oleh factor genetik, riwayat penyakit usus 10 inflamasi, colitis ulcerative atau penyakit chhron, merokok, diet tinggi lemak, protein, daging, serta rendah serat. Lebih dari 95% kanker kolon dan rektal berawal dari polip adenoma. Tipe-tipe adenoma adalah tubular, tubilovilius, dan vilus. Polip ini tumbuh dengan lambat dan biasanya menjadi ganas dalam 5 hingga 10 tahun atau lebih. Ketika menjadi ganas, polip membesar ke dalam lumen usus dan mulai menyerang dinding usus. Tumor usus besar kanan cenderung tebal dan besar, menyebabkan nekrosis dan ulserasi. Tumor di usus kiri awalnya berbentuk kancing, menyebabkan ulkus pada suplai darah. Penyakit ini mungkin telah menyebar ke lapisan jaringan usus yang lebih dalam dan organ lain sebelum gejala muncul. Karsinogen kolorektal menyebar langsung ke permukaan usus, submukosa, dan dinding luar. Selain itu, struktur yang berdekatan, seperti hati dan kelengkungan lambung yang lebih besar, dapat meluas ke duodenum, usus kecil, pankreas, limpa, saluran kemih, dan dinding perut. Penyebaran tumor sering menyebabkan metastasis ke kelenjar getah bening regional. Tanda-tanda ini tidak selalu muncul misalnya, kelenjar getah bening yang jauh terkena, tetapi kelenjar getah bening di

dekatnya normal. Selain itu, sel kanker dari tumor primer dapat menyebar melalui sistem limfatik atau sistem peredaran darah ke area sekunder seperti hati, paru-paru, otak, tulang, dan ginjal. Ini dapat terjadi ketika tumor telah menyebar melalui serosa atau selama reseksi bedah ke area lain dari rongga peritoneal (Black & Hawks, 2014).

e. Penatalaksanaan Medis Kanker *Rectum*

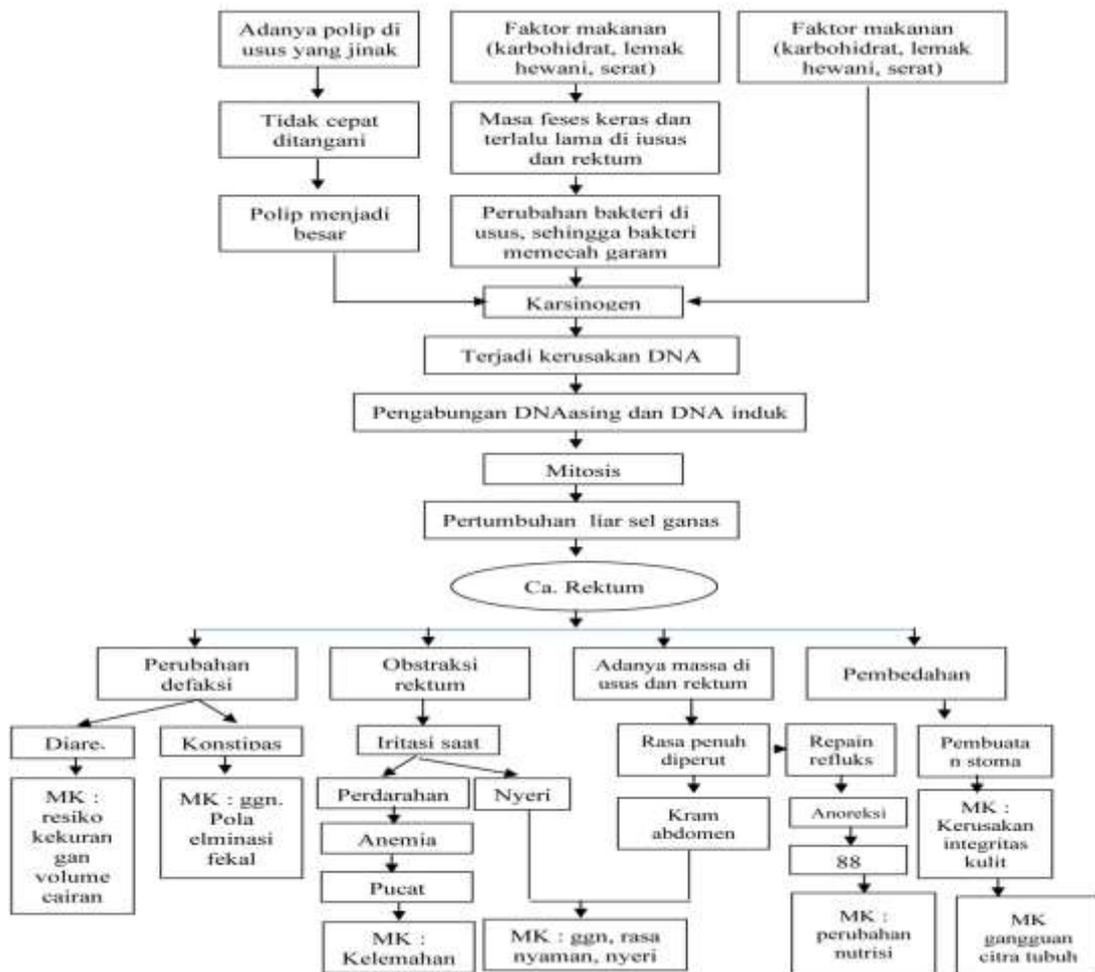
- 1) *Fecal occult blood test* Pemeriksaan darah samar pada feses di bawah mikroskop
- 2) *Endoskopi* *Endoskopi* merupakan prosedur diagnostik utama dan dapat dilakukan dengan sigmoidoskopi (>35% tumor terletak di rektosigmoid) atau dengan kolonoskopi total.
- 3) *Biopsi* Tindakan pembedahan untuk pengambilan sel atau jaringan abnormal .
- 4) *Ultrasonografi* (USG) Sulit dilakukan untuk memeriksa kanker pada rektum, tetapi USG digunakan untuk melihat ada tidaknya metastasis kanker ke kelenjar getah bening di abdomen dan hati.
- 5) *Laboratorium* pemeriksaan kimia darah alkaline phosphatase dan kadar bilirubin dapat meninggi, indikasi telah mengenai hepar.

f. Komplikasi Kanker *Rectum*

Komplikasi pada penderita kanker usus besar yang paling umum terjadi adalah tenesmus, nyeri saat BAB, dan tinja berlendir. Tetapi yang dapat diberikan adalah dengan mengurangi radiasi pada rectum. Mencegah terjadinya konstipasi dengan memastikan asupan nutrisi, air dan serat yang adekuat. Administrasi kapsul glutamin secara oral dan injeksi amifostin dapat mencegah dan mengobati proktitis akut. Aluminium hidroksida latex yang dikombinasikan dengan deksametason dapat diberikan via enema dalam waktu 1 jam pada akhir radioterapi, dan diberikan selama >2 jam untuk memproteksi dan memperbaiki mukosa intestinal. Apa bila tidak ada kemajuan yang berarti setelah terapi berikut maka radioterapi perlu ditunda sementara

dan rencana radioterapi perlu dievaluasi. Komplikasi lambat yang dapat terjadi setelah 3-6 bulan setelah radioterapi adalah proktitis kronik, pendarahan, traktur rektal atau anus dan nyeri (Rudiman, dkk. 2023).

g. Pathway kanker *rectum*



Gambar 4: Patway Kanker Rectum
Sumber Makatika, 2016

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 6
Publikai Terkait Asuhan Keperawatan

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1	Ranti Wulandari	2016	Penerapan asuhan keperawatan gangguan pemenuhan eliminasi fekal pada pasien Kanker Kolorektal di Ruang Rawat Inap Bedah RSUP Dr. M. djamil Padang 2016	Hasil penelitian yang didapatkan pada Tn.F yang didapatkan pada Tn.F yaitu mengalami kanker kolon asenden. Klien mengeluh buang air besar (BAB) cair, berlendir dan berdarah, klien mengeluhkan BAB satu kali 2 jam dan klien juga mengeluhkan nyeri pada abdomen saat dan setelah BAB.
2	Else Favorita Agustina	2022	Asuhan keperawatan perioperatif pada pasien dengan kanker rectum degan tindakan abdominoper ineal resection diruang operasi Rumah Sakit Mardi Waluyo, Metro tahun 2022	Pada masalah nyeri akut didapatkan hasil pengkajian klien tampak meringis, skala nyeri 6, tindakan keperawatan yang dilakukan pada saat rawat inap seperti mengkaji skala nyeri, mengidentifikasi nyeri non verbal yaitu melihat dari ekspresi menggunakan skala pengukuran visual analogue scale dan numeric rating scale. Hasil evaluasi pada hari ke-5 perawatan pasien mengatakan nyeri masih dirasakan skala 3 saat pasien sudah diperbolehkan untuk pulang.