

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan kebutuhan yang secara langsung mempengaruhi kehidupan dan kematian manusia, sehingga harus segera dipenuhi. Kebutuhan dasar orang yang dikelompokkan ke dalam lima kategori terpenuhi secara bertahap sehingga membentuk suatu piramida. Artinya kebutuhan pada tingkat pertama harus dipenuhi sebelum seseorang naik untuk memenuhi kebutuhan kedua, dan seterusnya. Pada teori Hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow pada buku KDM Haswita dan Sulistyowati (2017), yaitu:

- a. Kebutuhan fisiologis, Setiap individu membutuhkan kebutuhan fisiologis seperti udara, air, makanan, tempat tinggal, tidur, dan juga istirahat. Hal-hal yang bersifat fisiologis dan biologis untuk mempertahankan keseimbangan tubuh dan hidup.
- b. Kebutuhan akan rasa aman mencakup aspek fisik maupun psikologis. Keamanan dan kenyamanan, baik dalam hal lingkungan sekitar, diri sendiri maupun orang lain, akan membuat seseorang dapat melakukan interaksi dalam kehidupan. Manusia sebagai makhluk individu dan juga makhluk sosial butuh untuk berinteraksi dengan orang lain, akan tetapi dalam interaksinya tersebut, individu perlu untuk memastikan bahwa ada keamanan dan kenyamanan bagi individu untuk melakukan aktivitasnya.
- c. Kebutuhan yang ketiga merujuk pada memberi dan menerima kasih sayang, termasuk didalamnya diterima dan dihargai dalam sebuah pergaulan. Dalam berinteraksi dengan orang lain, manusia sebagai makhluk sosial akan lebih nyaman untuk berkumpul bersama orang ataupun Masyarakat yang dapat menghargai keberadaan dan pemikirannya.

- 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 (Haswita & Sulistyowati, 2017)



Gambar 1 Hierarki 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 subjek (Haswita & Sulistyowati, 2017).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

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) *Mc. Coffery* mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) *Wolf Weifsel Feurst* mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) *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 (A. Aziz Alimul, Hidayat, & Musrifatul Uliah, 2014).

b. Klasifikasi Nyeri

1) Jenis nyeri

Berdasarkan jenis nya 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 di rongga abdomen, kranium dan thorax.
- (2) Nyeri viseral : Nyeri yang muncul akibat rangsangan pada reseptor nyeri
- (3) Nyeri alih : Rasa nyeri yang dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan thalamus

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

c. Pengukuran intensitas nyeri

Pengukuran pada intensitas 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. 1 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)

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

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memperhatikan 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 2 Wong Baker Face

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, 2017)

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri.

2) Jenis Kelamin

Berbagai penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu.

3) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda- beda (Haswita & Sulistyowati, 2017).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Dalam melakukan proses keperawatan yang bermutu yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi haruslah dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh instansi setempat, untuk itu dibutuhkan suatu standar asuhan keperawatan yang ditetapkan dengan kesepakatan bersama dalam melakukan tindakan-tindakan keperawatan yang dimuat dalam suatu panduan yang terperinci, menurut (Purnamasari, 2022) dikutip (Tauran & Tunny, 2023).

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan pemikiran dasar dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, menurut (Nikmatur & Walid, 2016) dikutip dalam (Artanti, Handian, & Firdaus, 2020). Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut :

- a. **P (pemacu)**, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- 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

Intensitas nyeri dapat diketahui dengan bertanya kepada pasien melalui skala *Numeric Rating Scale* pada pengukuran skala ini pasien diminta untuk menyebutkan rasa nyerinya terdapat di angka berapa. Perawat menjelaskan

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



Gambar 3 Numeric Rating Scale

Sumber : (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Pengkajian keperawatan dalam proses keperawatan (Budiono & Pertami, 2016) meliputi :

1) Tahap pengkajian

a) Identitas pasien

Yang perlu dikaji pada identitas pasien meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, status, pendidikan pekerjaan, suku bangsa, alamat, tanggal pengkajian, diagnosis medis.

b) Keluhan utama

Pasien merasakan nyeri pada area luka

c) Riwayat kesehatan sekarang

Kapan pasien mengalami nyeri, apa yang memperberat nyerinya, dan skala berapa yang dirasa.

d) Riwayat kesehatan masa lalu

Apakah pasien pernah mengalami penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kesehatan sekarang. Misalnya apakah pasien memiliki penyakit tertentu seperti radang usus atau apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya.

e) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga pasien memiliki penyakit keturunan yang mungkin akan mempengaruhi kondisi sekarang.

f) 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.

g) Pola tidur dan istirahat

Data yang perlu dikaji meliputi pola tidur dan istirahat sebelum sakit dan saat sakit apakah ada perubahan.

h) Pengkajian fisik

(1) Keadaan umum meliputi tingkat kesadaran : composmentis, apatis, somnolen, sopor, coma, dan GCS (*Glasgow Coma Scale*)

(2) Tanda-tanda vital : nadi, suhu, tekanan darah, respiratory rate

(3) Pemeriksaan *head to toe*. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (*physical Examination*) yang terdiri atas :

a) Inspeksi, yaitu teknik yang dapat dilakukan dengan observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

b) Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang perlu diperhatikan adalah menciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman, dan santai. Palpasi pada setiap ekstremitas dan rasakan (kekuatan/kualitas nadi perifer, adanya nyeri tekan atau tidak).

c) Perkusi, adalah pemeriksaan yang perlu dilakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara.

d) 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 klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. (SDKI, SLKI, & SIKI, 2018).

Tabel 2. 2 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa 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 jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	1. Agen pencedera fisik (missal abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, latihan fisik berlebihan).	Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Subjektif 1. Tidak tersedia Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	1. Kondisi pembedahan
2.	Risiko infeksi (D.0142) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	1. Efek prosedur invasif	(Tidak tersedia)	(Tidak tersedia)	1. Tindakan invasive
3.	Intoleransi aktivitas (D.0056) Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas	1. Tirah baring	Subjektif 1. Mengeluh lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari	Subjektif 1. Dyspnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah	1. Gangguan metabolik

	sehari-hari		kondisi istirahat	Objektif 1. Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis	
4.	Gangguan pola tidur (D.0055) Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	1. Hambatan lingkungan (mis. Kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)	Subjektif 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup Objektif (Tidak tersedia)	Subjektif 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Objektif (Tidak tersedia)	1. Nyeri/kolik 2. Kondisi pasca operasi

(SDKI, SLKI, & SIKI, 2018)

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. (SDKI, SLKI, & SIKI, 2018)

Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi,	Pemberian obat oral Observasi 1. Identifikasi

	<p>asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Menarik diri menurun 6. Berfokus pada diri sendiri menurun 7. Diaphoresis menurun 8. Perasaan depresi menurun 9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 10. Anoreksia menurun 11. Perineum terasa tertekan menurun 12. Uterus teraba membulat menurun 13. Ketegangan otot menurun 14. Pupil dilatasi menurun 15. Muntah menurun 16. Mual menurun 17. Frekuensi nadi membaik 	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 	<p>kemungkinan alergi, interaksi dan kontraindikasi obat (mis.gangguan menelan, nausea/muntah, inflamasi usus, peristaltik menurun, kesadaran menurun, program puasa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi 3. Periksa tanggal kadaluarsa obat 4. Monitor efek terapeutik obat 5. Monitor efek lokal, efek sistemik dan efek samping obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan prinsip enam benar (waktu, rute, dokumentasi) pasien, obat, dosis, 2. Berikan obat oral sebelum makan atau setelah makan, sesuai kebijakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian 2. Ajarkan pasien dan keluarga tentang cara pemberian obat secara mandiri
2.	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif</p>	<p>Pencegahan infeksi</p>	<p>Perawatan luka</p>

	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kultur area kulit membaik 6. Kebersihan tangan meningkat 7. Nafsu makan meningkat 8. Cairan berbau busuk menurun 9. Drainase purulen menurun 10. Periode menggigit menurun 11. Gangguan kognitif menurun 12. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis.drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. Berikan diet dengan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Saturasi oksigen meningkat 3. Kemudahan dalam melakukan meningkat 	<p>Manajemen energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah 	<p>Pemantauan tanda vital</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kedalaman) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital

	<p>4. Aktivitas sehari-hari meningkat</p> <p>5. Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>6. Jarak berjalan meningkat</p> <p>7. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</p> <p>8. Kekuatan tubuh bagian bawah</p> <p>9. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</p> <p>10. Keluhan lelah menurun</p> <p>11. Tekanan darah membaik</p> <p>12. Frekuensi napas membaik</p> <p>13. EKG iskemia membaik</p>	<p>stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/aktif</p> <p>3. Berikan aktivitas yang menenangkan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. Dokumentasi kan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
4.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan Hambatan lingkungan (mis. Kebisingan, pencahayaan, jadwal pemeriksaan) Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <p>1. Keluhan sulit tidur menurun</p> <p>2. Keluhan sering terjaga menurun</p> <p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p> <p>6. Kemampuan beraktivitas meningkat</p>	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)</p> <p>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis.kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur minum banyak air waktu tidur)</p> <p>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <p>2. Batasi waktu tidur siang</p> <p>3. Terapkan waktu tidur rutin</p> <p>4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <p>5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</p>	<p>Terapi relaksasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>2. Identifikasi ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>4. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan</p> <p>2. Gunakan pakaian longgar</p> <p>3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik dan tindakan medis lainnya, jika sesuai</p>

		Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis gaya hidup, sering shift bekerja) 4. Ajarkan relaksasi otot autogenik/cara nonfarmakologis lainnya	Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi /melatih teknik yang dipilih 5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan/imajinasi terbimbing)
--	--	--	--

(SDKI, SLKI, & SIKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai teori dan asuhan keperawatan (SDKI, SLKI, & SIKI, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono, Pertami, & Budi, 2016)

C. Konsep Penyakit

1. Pengertian Apendisitis

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Infeksi ini bisa mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (cecum). Usus buntu besarnya sekitar kelingking tangan dan terletak di perut kanan bawah. Strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun, lendirnya banyak mengandung kelenjar yang senantiasa mengeluarkan

lender. Apendisitis merupakan peradangan pada usus buntu/apendik (Jitowiyono, Kristiyani , & Sugeng, 2014).

2. Etiologi Apendisitis

Terjadinya apendisitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini. Diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hipeplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, cancer primer dan striktur. (Jitowiyono, Kristiyani , & Sugeng, 2014).

3. Manifestasi Klinis Apendisitis

Menurut (Wijaya & Putri, 2016) tanda awal dari apendisitis adalah nyeri epigastrium/region umbilicus disertai mual anoreksia. Klasifikasi nyeri:

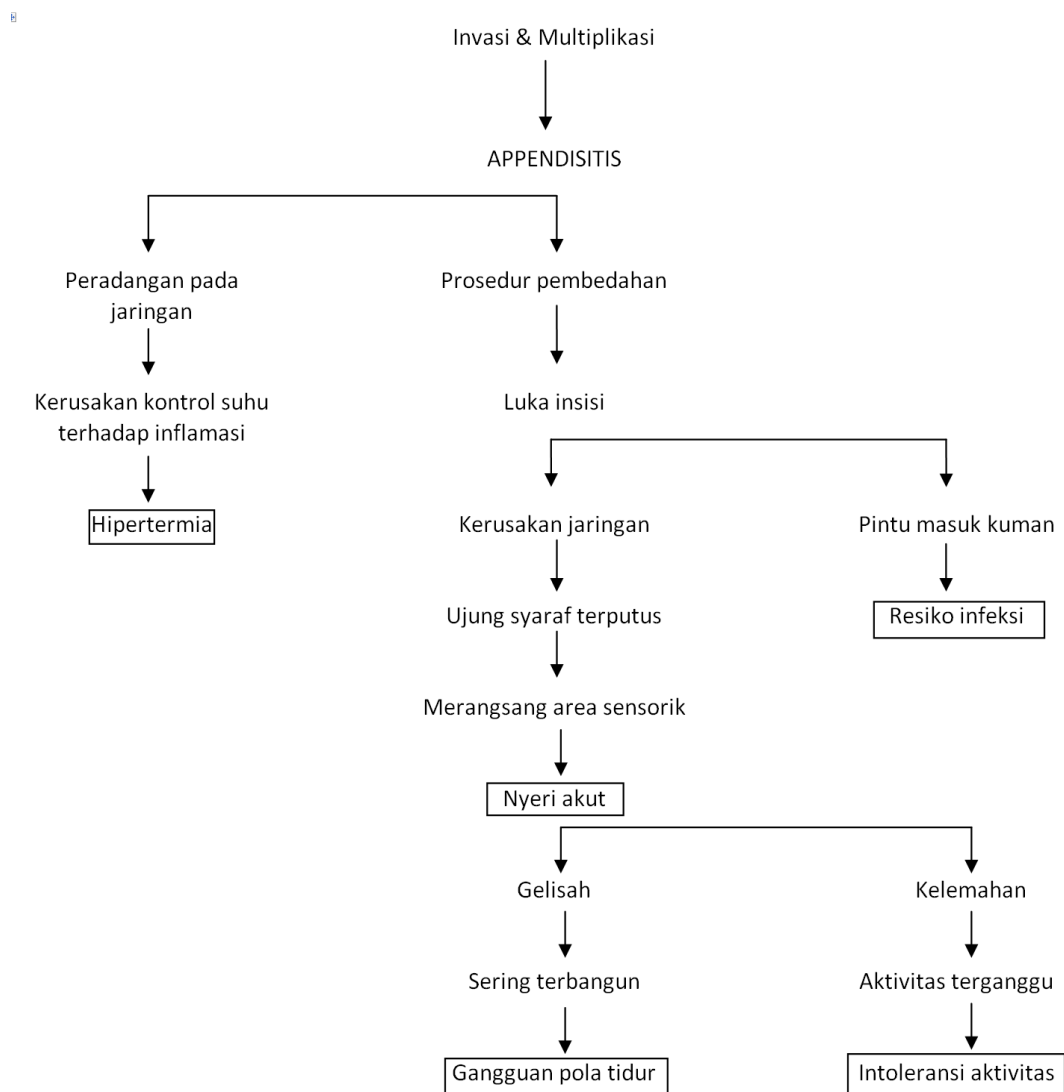
- a. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritenium lokal di titik Mc burney : nyeri tekan, nyeri lepas dan defans muscular
- b. Nyeri rangsangan peritenium tidak langsung
- c. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (rovsing sign)
- d. Nyeri kanan kuadran bila tekanan disebelah kiri dilepas (Blumberg)
Nyeri kanan bawah bila peritenium bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk dan mengedan
- e. Nafsu makan menurun
- f. Demam yang tidak terlalu tinggi
- g. Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang kadang terjadi diare.

4. Patofisiologi Apendisitis

Apendisitis biasanya disebabkan karena penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fimosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mengalami bendungan. Diaforesis

bakteri dan ulserasi akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah akan terjadi apendisitis perforasi. Tindakan operasi dilakukan untuk pengangkatan apendiks yang meradang. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah. Luka insisi pembedahan ini dapat merusak jaringan. Ujung saraf yang terputus akan terjadi pelepasan prostaglandin sehingga stimulus dihantarkan oleh *spinal cord ke cortex cerebri* dan nyeri dipersepsikan (Saferi & Mariza, 2013).

5. Pathway



Gambar 4 Pathway Apendisitis
Sumber : (Nuratif dan Kusuma, 2016)

6. Pemeriksaan Diagnostik Apendisitis

- a. Laboratorium Ditemukan leukosit 10.000 s. d 18.000/mm, kadang-kadang dengan pergeseran ke kiri leukosit lebih dari 18.000/mm disertai keluhan/gejala apendisitis lebih dari empat jam mencurigakan perforasi sehingga diduga bahwa tingginya leukosit sebanding dengan peradangan (Wijaya & Putri, 2013) AH
- b. Radiologi Pemeriksaan radiologi akan sangat berguna pada kasus ini. Pada 55% kasus apendisitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang lebih spesifik adanya masa jaringan lunak diperut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara. Pemeriksaan radiologi X-ray dan USG menunjukkan densitas pada kuadran kanan bawah atau tingkat aliran udara setempat.
- c. Pemeriksaan penunjang lainnya Pemeriksaan penunjang lainnya menurut (Wijaya & Putri, 2013) adalah sebagai berikut:
 - 1) Pada copy fluorossekum dan ileum tampak *irritable*.
 - 2) Pemeriksaan colok dubur: menyebabkan nyeri bila di daerah infeksi bisa dicapai dengan jari telunjuk.
 - 3) Uji psoas dan uji obturator

7. Penatalaksanaan Medis Apendisitis

Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis akut adalah dengan cara pembedahan apendiktomi. Apendiktomi merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang didiagnosa apendisitis sebagai pencegahan terjadinya perforasi apendiks dan penanganan terjadinya perforasi yang dapat menimbulkan nyeri, menurut (Amalia & Susanti, 2014) dikutip dalam (Mediarti, Akbar, Syokumawena, & Jaya, 2022) Keluhan yang sering timbul pasca pembedahan (post operasi) adalah pasien merasakan nyeri yang hebat dan mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat nyeri yang tidak adekuat. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Gedara et al, (2015), prevalensi pasien

yang mengalami nyeri berat setelah melakukan operasi sekitar 50 % dan 10 % pasien mengalami nyeri sedang sampai berat. Menurut (Anggaraeni, 2016) dalam (Mediarti, Akbar, Syokumawena, & Jaya, 2022)

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2. 4 Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Erwin hidayat	2020	Asuhan keperawatan pada klien dengan appendisitis yang dirawat di rumah sakit	Dapat disimpulkan bahwa setiap klien dengan apendisitis memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya pada klien dengan apendisitis.
2.	Mila aprilia pulungan	2021	<i>Literature review</i> : Pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendisitis	Setelah dilakukan literature review terhadap 10 jurnal tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada post operasi apendisitis bahwa teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh untuk menurunkan nyeri setelah dilakukannya operasi apendisitis
3.	David mirza mahendra	2021	Asuhan keperawatan pada pasien <i>post operatif apendisitis</i> di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo balikpapan	Dapat dilihat bahwa setiap pasien dengan <i>post operatif apendisitis</i> tidak bisa disama ratakan respon dan keadaan terhadap penyakitnya, hasil dari penelitian ini diharapkan para tenaga kesehatan bisa meningkat pengetahuan dan kemampuannya dalam memberikan asuhan keperawatan secara tepat dan menyeluruh dalam hal ini khususnya pada pasien dengan <i>post operatif apendisitis</i> .