

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, tubuh manusia tersusun atas sistem organ tubuh yang berfungsi sebagaimana mestinya mulai dari lahir hingga meninggal. Sebagai makhluk psikologis, manusia memiliki kepribadian, tingkah laku, dan kemampuan serta kecerdasan dalam berfikir. Sebagai makhluk sosial, manusia hidup berdampingan dengan orang lain, bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan, dan berperilaku sesuai dengan norma-norma yang ada. Sebagai makhluk spiritual, manusia mempunyai keyakinan, pandangan terhadap kehidupannya, dan dorongan untuk hidup yang sejalan dengan keyakinannya (Rosmalawati & Kasiati, 2013).

Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal, dan sosial. Sistem adaptif adalah perubahan manusia sebagai respon terhadap perubahan lingkungan yang memengaruhi integritas atau keutuhan. Sistem personal berarti manusia memiliki proses persepsi dan bertumbuh kembang. Sistem interpersonal berarti manusia berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi dengan manusia lainnya. Sedangkan sistem sosial berarti manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungannya (Rosmalawati & Kasiati, 2013).

Menurut Rosmalawati dan Kasiati (2013) kebutuhan dasar manusia dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

a. Penyakit

Penyakit yang ada dalam tubuh manusia dapat mengakibatkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik secara fisik maupun psikologis.

b. Hubungan Keluarga

Hubungan dengan keluarga yang berjalan baik dapat meningkatkan

pemenuhan kebutuhan dasar karena adanya rasa saling percaya, bahagia, dan tidak ada rasa curiga.

c. Konsep Diri

Konsep diri yang sehat dapat menghasilkan perasaan positif terhadap diri sendiri. Konsep diri yang positif memberikan makna dan keutuhan (*wholeness*) bagi seseorang. Seseorang yang merasa positif tentang dirinya akan mudah berubah, mudah mengenali kebutuhan, dan mengembangkan cara hidup yang sehat sehingga mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.

d. Tahap Perkembangan

Seiring dengan bertambahnya usia, manusia akan mengalami perkembangan. Setiap perkembangan tersebut mempunyai kebutuhan yang berbeda. Kebutuhan tersebut dapat berupa kebutuhan biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.

Virginia Henderson dalam Rosmalawati dan Kasiati (2013) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam komponen berikut:

- a. Bernapas secara normal.
- b. Makan dan minum yang cukup.
- c. Eliminasi (buang air kecil dan besar).
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan.
- e. Tidur dan istirahat.
- f. Memilih pakaian yang tepat.
- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan.
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan.
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain.
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini.
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan.
- l. Bekerja sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.

- m. Bermain atau berpartisipasi dalam bentuk rekreasi.
- n. Belajar, menemukan, dan memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Jean Watson dalam Rosmalawati dan Kasiati (2013) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua tingkat, yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah (*lower order needs*) dan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi (*higher order needs*).

Abraham Maslow dalam Rosmalawati dan Kasiati (2013) mengemukakan bahwa kebutuhan dasar manusia dapat dijelaskan sebagai berikut.

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling mendasar meliputi oksigen, cairan (minum), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan.

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi ke dalam perlindungan fisik dan psikologis. Perlindungan fisik dapat berupa perlindungan atas ancaman terhadap hidup atau tubuh berupa penyakit, kecelakaan, dan bahaya yang datang dari lingkungan. Sedangkan perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman baru dan asing, misalnya kekhawatiran yang dialami seseorang ketika berada di daerah yang baru didatangi dan mengharuskan dirinya untuk berinteraksi dengan orang baru.

c. Kebutuhan Rasa Cinta, Rasa Memiliki, dan Dimiliki.

Kebutuhan rasa cinta serta memiliki dan dimiliki antara lain memberi dan menerima kasih sayang, memiliki sahabat, mendapatkan kehangatan keluarga, dan diterima oleh kelompok sosial.

d. Kebutuhan Akan Harga Diri

Kebutuhan akan harga diri atau perasaan dihargai oleh orang lain

terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan pengakuan dari orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi**

Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. **Kebutuhan Nyeri**

a. **Definisi Kebutuhan Nyeri**

Nyeri merupakan perasaan tidak menyenangkan yang disebabkan oleh stimulasi tertentu. Nyeri bersifat subjektif karena perasaan nyeri pada setiap orang akan berbeda dalam hal skala maupun tingkatannya. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai pengertian nyeri dalam Hidayat dan Musrifatul (2014).

- 1) Mc. Coffery (1979) mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wolf Weifsel (1974) mendefinisikan nyeri sebagai perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang dapat menimbulkan ketegangan.
- 3) Arthur C. Curton (1983) mendefinisikan nyeri sebagai suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum mengatakan nyeri sebagai suatu keadaan tidak menyenangkan akibat dari rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti reaksi fisik, fisiologis, dan emosional.

b. **Fisiologi Nyeri**

Long (1989) dalam Hidayat dan Musrifatul (2014) menjelaskan bahwa timbulnya rangsangan nyeri berkaitan erat dengan adanya reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *nociceptor*. *Nociceptor* adalah ujung-ujung saraf yang mempunyai sedikit *myelin*, beberapa

nociceptor tidak memiliki *myelin*. *Myelin* tersebar pada kulit dan mukosa khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulus. Stimulus dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan asam lainnya yang dilepas jika terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen.

Selanjutnya, stimulus yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lamban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A memiliki sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. Serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (*dorsal root*) serta sinaps pada *dorsal horn*. *Dorsal horn* terdiri dari beberapa lamina yang saling bertautan. Di antara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama impuls. Kemudian, impuls nyeri menyeberangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinal asendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinotalamus dan *spinoreticular tract* (SRT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi nyeri. Dari proses transmisi terdapat dua jalur mekanisme terjadinya nyeri, yaitu *jalur opiate* dan *jalur nonopiate*.

Jalur opiate ditandai oleh pertemuan reseptor pada otak yang terdiri atas jalur spinal desendens dari talamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan *nociceptor* impuls supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam impuls supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur *nonopiate* merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respons terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya.

c. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa bagian berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya rasa nyeri.

1) Nyeri berdasarkan tempatnya

- (a) *Peripheral pain* adalah nyeri yang terasa pada bagian permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa, dan lain-lain.
- (b) *Deep pain* adalah nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
- (c) *Referred pain* adalah nyeri dalam yang disebabkan oleh penyakit organ/struktur dalam tubuh yang di transmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
- (d) *Central pain* adalah nyeri yang terjadi karena rangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus, dan lain-lain.

2) Nyeri berdasarkan sifatnya

- (a) *Incidental pain* adalah nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- (b) *Steady pain* adalah nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
- (c) *Paroxysmal pain* adalah nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap \pm 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

3) Nyeri berdasarkan berat dan ringannya

- (a) Nyeri ringan adalah nyeri dengan intensitas rendah.
- (b) Nyeri sedang adalah nyeri yang menimbulkan reaksi.
- (c) Nyeri berat adalah nyeri dengan intensitas yang tinggi.

4) Nyeri berdasarkan waktu lamanya serangan

- (a) Nyeri akut adalah nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan terjadi kurang dari enam bulan.

- (b) Nyeri kronis adalah nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan.

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Satu situasi, Status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, dan terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan).
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas.	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat.

(Sumber: Long, 1989).

d. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat mentoleransi, menahan nyeri (*pain tolerance*), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (*pain threshold*). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, diantaranya sebagai berikut:

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- 2) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- 3) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- 4) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat yang menstimulasi
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

e. Teori Nyeri

Menurut Long (1989) dalam Hidayat dan Musrifatul (2014),

terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula spinalis (*spinal cord*) 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 (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel T.

3) Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*)

Menurut teori ini, 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 aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medula spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4) Teori Transmisi dan Inhibisi.

Adanya stimulus pada *nociceptor* memulai transmisi impuls impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif

oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

f. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri pada setiap orang berbeda-beda, tergantung bagaimana pengalaman nyeri pada setiap orang. Black dan Hawks (2014) menyatakan pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya:

1) Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.

2) Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.

3) Toleransi Nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

4) Reaksi Terhadap Nyeri.

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan

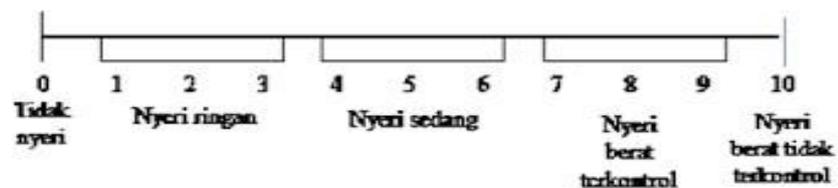
menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

g. Alat Pengkajian Nyeri

Untuk mengetahui tingkat nyeri individu, diperlukan alat pengkajian nyeri untuk mengetahui tingkat keparahan nyeri pada individu. Alat pengkajian nyeri diantaranya skala numerik (0-10) dan skala rentang nyeri menggunakan ekspresi wajah. Alat ini mempermudah perawat untuk mengukur kualitas nyeri pasien. Respon yang diberikan pasien dapat dibandingkan dengan skor yang didapat, sehingga derajat dari kontrol nyeri dapat dipertahankan. Berikut beberapa gambaran alat untuk mengukur skala nyeri.

1) Skala nyeri menurut Hayward

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



Gambar 2.1 Skala Nyeri Menurut Hayward

Sumber: Black dan Hawks (2014)

2) Skala wajah menurut Wong-Baker *FACES Rating Scale*

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



Gambar 2.2 Skala Wajah menurut Wong-Baker *FACES* Rating Scale

Sumber: Black dan Hawks (2014)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada masalah keperawatan nyeri yang dapat dilakukan oleh perawat adalah riwayat nyeri, lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas nyeri, dan waktu terjadinya nyeri. Perawat juga perlu mengkaji faktor yang mempengaruhi nyeri seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Menurut Hidayat dan Musrifatul (2014) pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu:

- a. P (pemacu), yaitu faktor yang mempengaruhi parah atau ringannya nyeri.
- b. Q (*quality*), yaitu kualitas dari nyeri. Apakah nyeri terasa tajam, tumpul, tersayat, tertimpa beban berat, dan lain-lain.
- c. R (*region*), yaitu daerah perjalanan nyeri ke daerah lain.
- d. S (*severity*), yaitu intensitas atau tingkat keparahannya.
- e. T (*time*), yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri terjadi.

Pengkajian nyeri diawali dengan anamnesis atau wawancara dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik . Pemeriksaan ini berfokus pada respon fisiologis dan perilaku pasien terhadap rasa nyeri (Kusyati et. al, 2020).

- a. Riwayat nyeri

Riwayat nyeri dapat dikaji dengan menanyakan beberapa pertanyaan pada pasien.

- 1) Lokasi: “Di mana Anda merasakan nyeri?”

- 2) Intensitas: Jelaskan pada pasien mengenai skala nyeri. "Berdasarkan skala 0-10, dengan angka 0 tidak sakit, 1-3 sakit ringan, 4-6 sakit sedang, 7-9 sakit berat, dan 10 rasa sakit yang sudah tidak dapat ditahan, berapa skala nyeri yang Anda rasakan?"
- 3) Kualitas: "Jelaskan mengenai karakteristik nyeri yang Anda rasakan!"
- 4) Pola:
 - a) Waktu: "Kapan Anda mulai merasakan nyeri?"
 - b) Durasi: "Berapa lama Anda merasakan nyeri tersebut?"
 - c) Konsistensi: "Apakah Anda pernah mengalami periode bebas nyeri? Jika ya, kapan dan berapa lama?"
- 5) Faktor presipitasi: "Apa saja hal yang memicu munculnya nyeri atau meningkatkan intensitas nyeri?"
- 6) Faktor yang memperingan nyeri: "Apa tindakan yang Anda lakukan atau obat yang Anda konsumsi untuk mengurangi atau mengatasi nyeri?"
- 7) Gejala yang menyertai: "Apakah Anda mengalami gejala lain. seperti mual, pusing, penglihatan kabur, napas pendek, sebelum, selama, atau sesudah nyeri?"
- 8) Efek nyeri terhadap *activity daily living* (ADL): "Bagaimana nyeri memengaruhi ADL Anda, misalnya makan, bekerja, tidur, aktivitas sosial, atau rekreasi?"
- 9) Pengalaman nyeri sebelumnya: "Jelaskan mengenai pengalaman nyeri yang pernah Anda alami dan tindakan yang Anda lakukan untuk mengatasinya!"
- 10) Makna nyeri: "Bagaimana Anda menginterpretasikan nyeri yang Anda alami? Apa harapan Anda terhadap nyeri yang Anda rasakan? Apa ketakutan Anda terhadap nyeri yang Anda alami?"
- 11) Sumber coping: "Apa yang biasanya Anda lakukan untuk membantu mengatasi rasa nyeri?"

12) Respons afektif: "Bagaimana nyeri memengaruhi perasaan Anda? Apakah Anda merasa lelah, cemas, depresi, atau ketakutan?"

b. Pengkajian Fisik

Untuk mendapatkan data respons fisiologis dan perilaku pasien terhadap rasa nyeri, perawat harus mengkaji tanda-tanda vital dan mengobservasi adanya perubahan warna kulit, kulit yang kering, keringat berlebihan, ekspresi wajah, dan pergerakan tubuh yang menunjukkan adanya nyeri, ketidaknyamanan, atau kecemasan. Data yang diperoleh dapat digunakan sebagai sumber informasi untuk menentukan derajat nyeri dan coping yang digunakan pasien dalam mengatasi rasa nyeri. Data respon fisiologis dan perilaku yang dapat dikaji diantaranya:

1) Respons Fisiologis

Respons fisiologis sangat bervariasi, bergantung pada nyeri yang dialami oleh pasien. Jika pasien mengalami nyeri akut, nyeri akan merangsang sistem saraf simpatis yang menyebabkan peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi pernapasan, adanya pucat, diaforesis, dan dilatasi pupil. Nyeri kronis akan merangsang saraf parasimpatis yang ditandai dengan adanya penurunan tekanan darah, bradikardia, konstiksi pupil, kulit kering dan hangat.

2) Respons Perilaku

Pasien yang usianya muda atau pasien yang mengalami kebingungan dan disorientasi sering mengomunikasikan nyeri yang dialami melalui bahasa nonverbal. Ekspresi wajah, seperti mengatupkan gigi, menggigit bibir bawah, mengerutkan dahi, atau meringis sering menjadi indikasi pertama nyeri. Pasien juga akan membatasi pergerakan tubuh dan anggota tubuhnya jika mengalami rasa nyeri. Pasien yang mengalami nyeri dada sering meletakkan lengannya menyilang dada, sedangkan pasien yang mengalami nyeri abdomen akan menekan abdomennya dengan posisi lutut dan paha flexi atau posisi janin serta bergerak

dengan hati-hati. Pergerakan involunter, misalnya refleks menjauh dari tusukan jarum, dan pergerakan badan yang ritmis, menggaruk atau mengelus area yang terasa sakit juga mengindikasikan nyeri.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang dapat terjadi pada masalah nyeri, sebagaimana dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), tersaji pada tabel berikut.

Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan yang Terjadi pada Masalah Nyeri

Diagnosis Keperawatan Problem (P)	Faktor yang Berhubungan Etiologi (E)	Data Subjektif/Objektif Symptom (S)
Nyeri Akut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen Pencedera Fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berat) 	<p>Data subjektif : mengeluh nyeri (pengkajian menggunakan instrumen skala nyeri)</p> <p>Data objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.</p>
Nyeri Kronis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi muskuloskeletal kronis 2. Kerusakan sistem saraf 3. Penekanan saraf 4. Infiltrasi tumor 5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulaor, dan reseptor 6. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicella-zooster) 7. Gangguan fungsi metabolik 8. Riwayat posisi kerja statis 9. Peningkatan indeks masa tubuh 10. Kondisi pasca trauma 11. Tekanan emosional 12. Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual) 	<p>Data subjektif: mengeluh nyeri, merasa depresi (tertekan), merasa takut mengalami cedera berulang.</p> <p>Data objektif: tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, dan berfokus pada diri sendiri.</p>

Diagnosis Keperawatan Problem (P)	Faktor yang Berhubungan Etiologi (E)	Data Subjektif/Objektif Symptom (S)
	13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat	

Sumber: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017)

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan guna menurunkan respon nyeri dapat dilakukan dengan manajemen nyeri meliputi pengaturan posisi fisiologis, mengistirahatkan pasien, mengurangi dan membatasi faktor yang menambah nyeri, memberikan beberapa teknik untuk meredakan nyeri, dan kolaborasi pemberian analgesik sesuai dengan program yang telah ditentukan. Rencana tindakan keperawatan sebagaimana dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018), tersaji pada tabel berikut.

Tabel 2.3 Rencana Tindakan Keperawatan pada Masalah Nyeri

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
<p>Nyeri</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgesic <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit 7. Edukasi teknik napas 8. Kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat topical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik	(mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu	26. Teknik distraksi 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor 32. Terapi <i>murattal</i> 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. <i>Trancutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</i>

Sumber: Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019); Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

4. Implementasi Keperawatan

Perawat, pasien dan keluarga merupakan mitra kerja sama dalam melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam peningkatan mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup pemulihan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan, hal

tersebut dikarenakan evaluasi memberitahukan kepada perawat mengenai pencapaian tujuan. Jika hasil yang diharapkan adalah tingkat nyeri menurun, evaluasi dapat memberitahukan apakah intervensinya mampu menurunkan tingkat nyeri atau tidak ada perubahan pada nyeri.

Evaluasi terhadap masalah keperawatan nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respon fisiologis yang baik, dan pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya keluhan nyeri.

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (*cecum*). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Wim de Jong et al. 2005 dalam NANDA 2015). Klasifikasi apendisitis terbagi atas 3 yakni:

- a. Apendisitis akut,
- b. Apendisitis rekurens, dan
- c. Apendisitis kronis.

2. Etiologi Apendisitis

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lendir 1-2 ml per hari yang normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan dalam patogenesis apendiks (NANDA, 2015).

- a. Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limfe, fekalit (tinja/batu), tumor

- apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit *Escherichia histolytica*.
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
 - c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

Sherwood (2014) dalam Murtaqib & Kushariyadi (2020) mengatakan bahwa kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat mengakibatkan konstipasi yang menimbulkan apendisitis sehingga meningkatkan tekanan intrasekal dan menimbulkan sumbatan fungsional apendiks serta meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon. Apendisitis merupakan infeksi bakteri yang disebabkan oleh obstruksi akibat:

- a. Hiperplasia folikel limfoid.
 - b. Adanya fekalit dalam lumen apendiks.
 - c. Tumor apendiks.
 - d. adanya benda asing seperti cacing askaris.
 - e. Erosi mukosa apendik karena parasit *Escherichia histolytica*.
3. Tanda dan Gejala Apendisitis

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun

terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi.

Selain gejala klasik, ada beberapa gejala lain yang dapat timbul sebagai akibat dari apendisitis. Timbulnya gejala ini bergantung pada letak apendiks ketika meradang (NANDA, 2015).

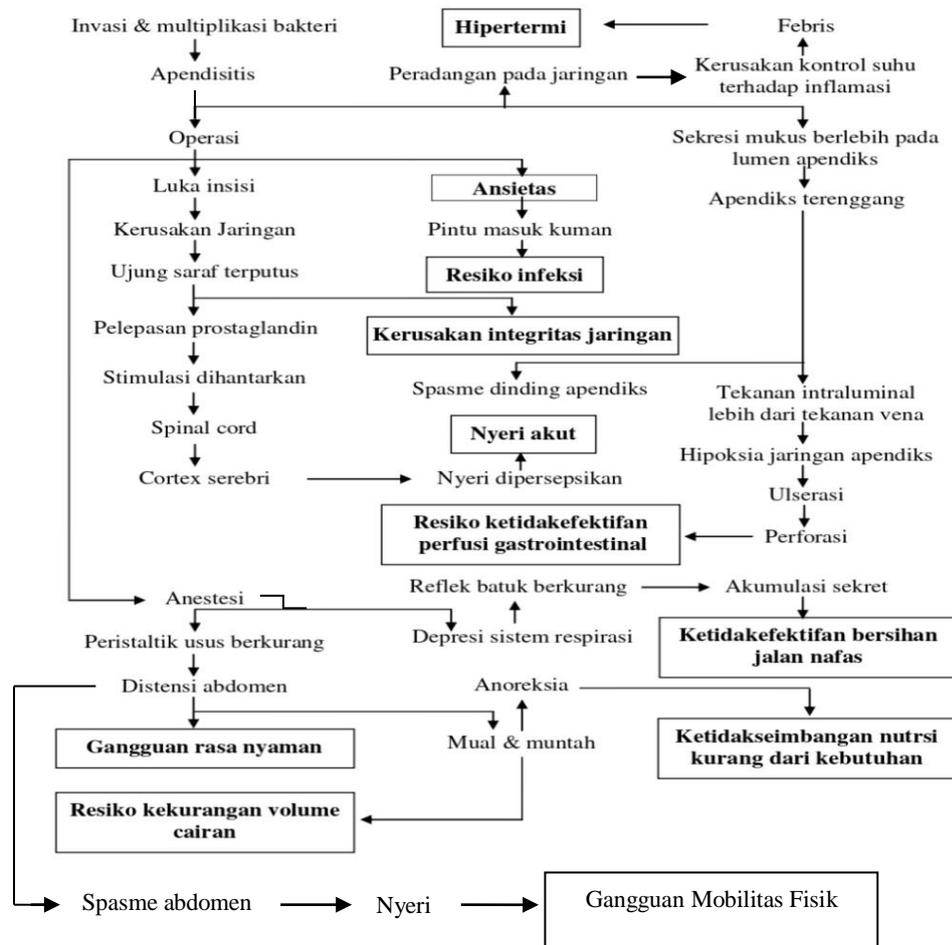
- a. Jika letak apendiks retrosekal retroperitoneal, yaitu di belakang sekum (terlindung oleh sekum), tanda nyeri perut kanan bawah tidak begitu jelas dan tidak ada tanda rangsangan peritoneal. Rasa nyeri lebih kearah perut kanan atau nyeri timbul pada saat melakukan gerakan seperti berjalan, bernapas dalam, batuk, dan mengejan. Nyeri ini timbul karena adanya kontraksi yang menegang dari dorsal.
- b. Jika apendiks terletak di rongga pelvis. Bila apendiks terletak di dekat atau menempel pada rektum, akan timbul gejala dan rangsangan sigmoid atau rektum, sehingga peristaltik meningkat, pengosongan rektum akan menjadi lebih cepat dan berulang-ulang (diare).
- c. Jika apendiks terletak di dekat atau menempel pada kandung kemih, dapat terjadi peningkatan frekuensi kemih, karena rangsangannya dindingnya.

4. Patofisiologi Apendisitis

Guyton dan Hall (2013) dalam Murtaqib dan Kushariyadi (2020) menjelaskan apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks. Obstruksi menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa apendiks mengalami bendungan. Semakin lama mukus semakin banyak, tetapi elastisitas dinding apendiks memiliki keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema dan ulserasi mukosa sehingga terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai dengan nyeri epigastrium.

Price dan Wilson (1995) dalam Murtaqib dan Kushariyadi (2020) menjelaskan sekresi mukus yang berlanjut mengakibatkan tekanan terus meningkat sehingga menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding sehingga peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum yang menimbulkan nyeri abdomen kanan bawah yang disebut apendisitis supuratif akut.

Kowalk, Welsh, dan Mayer tahun 2011 (dikutip dalam Murtaqib & Kushariyadi 2020) menyatakan aliran arteri yang terganggu dapat menyebabkan infark dinding apendiks yang diikuti gangren. Stadium ini disebut apendisitis gangrenosa. Dinding apendiks yang rapuh dapat menyebabkan perforasi disebut apendisitis perforasi. Proses apendiks yang berjalan lambat menyebabkan omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks sehingga muncul infiltrat apendikularis.



Gambar 2.3 Pathway Apendisitis

Sumber: Nanda NIC-NOC (2015)

5. Penatalaksanaan Apendisitis

Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendektomi. Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Apendektomi laparoskopik sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian Infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita (NANDA, 2015).

Pada apendisitis akut, pengobatan yang paling baik adalah operasi apendiks. Dalam waktu 48 jam harus dilakukan. Penderita diobservasi, istirahat dalam posisi *fowler*, diberikan antibiotik dan diberikan makanan yang tidak merangsang peristaltik, jika terjadi perforasi diberikan drain di perut kanan bawah.

6. Pemeriksaan Penunjang Apendisitis

Pemeriksaan penunjang pada penderita apendisitis yang dapat dilakukan menurut NANDA (2015) diantaranya:

a. Pemeriksaan fisik.

- 1) Inspeksi, akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- 2) Palpasi, didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*Blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat atau tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (*psoas sign*). Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 4) Suhu dubur (rektal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (*axilla*), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

- 5) Pada apendiks terletak pada retrosekal maka uji Psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka Obturator sign akan positif dan tanda. perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.
- b. Pemeriksaan Laboratorium
Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (NANDA, 2015)
 - c. Pemeriksaan Radiologi
 - 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
 - 2) Ultrasonografi (USG) dan CT scan.
 - 3) Rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.