

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Nyaman : Nyeri

Dalam pemenuhan kebutuhan nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman yang ditunjukkan dengan timbulnya tanda dan gejala pada pasien (Mubarak, 2015).

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu : ansietas, berkeleuh kesah, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaks, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut (Kaliat, 2014). Nyeri menyebabkan gangguan rasa aman nyaman, biasanya ditandai dengan nyeri ringan maupun berat, nyeri seperti diikat, tidak berdenyut, nyeri tidak terpusat pada satu titik, terjadi secara spontan, dan adanya gangguan konsentrasi.

a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah rasa tidak menyenangkan, umumnya karena adanya perlukaan dalam tubuh, walaupun tidak hanya sebatas itu. Nyeri juga dianggap sebagai racun dalam tubuh, karena nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan atau saraf (Suwondo Suryono, 2017). Nyeri akut merupakan pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat (PPNI, 2017).

b. Penyebab nyeri

Menurut (Mubarak, 2015) nyeri disebabkan oleh:

1) Trauma

- a) Mekanik, rasa nyeri yang diakibatkan oleh kerusakan ujung-ujung saraf bebas. Misalnya akibat benturan, gesekan, luka dan lain-lain
- b) Termal, nyeri yang timbul akibat rangsangan suhu panas maupun dingin, misalnya terbakar api
- c) Kimia, nyeri yang timbul akibat kontak secara langsung dengan zat kimia yang bersifat asam kuat dan basa kuat
- d) Elektrik, nyeri yang timbul akan mengakibatkan sengatan listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar

2) Peradangan, yaitu nyeri yang disebabkan karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya abses

- a) Gangguan sirkulasi darah dan kelainan darah
- b) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
- c) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri
- d) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat
- e) Spasme otot dapat menstimulasi mekanik

Penyebab nyeri dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia PPNI (2016) dikelompokkan berdasarkan agen stimulus seperti :

- (1) Agen pencedera fisiologi, (inflamasi, iskemia, neoplasma)
- (2) Agen pencedera kimiawi, seperti bersentuhan langsung dengan zat kimia asam kuat atau basa kuat yang menimbulkan nyeri terbakar agen pencedera fisik, seperti abses, ampu

-tasi, terbakar api (nyeri akibat rangsangan suhu), terpotong, mengangkat beban berat, prosedur operasi, trauma, serta latihan fisik yang berlebih.

- (3) Agen pencedera fisik, misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c. Klasifikasi Nyeri

- 1) Klasifikasi nyeri menurut (Zakiyah, 2015) sebagai berikut :

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang dirasakan dengan intensitas yang bervariasi dari nyeri ringan sampai nyeri berat dan berlangsung dalam waktu yang singkat yaitu beberapa detik, menit hingga kurang dari 6 bulan. Nyeri ini diakibatkan karena kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya.

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih lama daripada nyeri akut, karena durasi nyeri kronis ini sampai 6 bulan bahkan lebih dan memiliki efek samping seperti tidur terganggu, nafsu makan menurun, mudah marah dan depresi.

- 2) Klasifikasi nyeri berdasarkan jenis nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik (Haswita, 2017).

a) Nyeri perifer

Nyeri perifer dapat dibedakan menjadi beberapa, yaitu :

- 1) Nyeri superfisial, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
- 2) Nyeri visceral, yaitu nyeri yang timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium dan toraks

3) Nyeri alih, yaitu rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

b) Nyeri sentral

Nyeri sentral adalah nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus

c) Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik merupakan nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui, umumnya karena faktor psikologi.

d. 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 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. Individu lansia mungkin menjadikan nyeri mereka arti yang berbeda. Hal ini dapat diinterpretasikan melalui dua cara. Pertama, individu lansia mungkin berfikir bahwa nyeri merupakan sesuatu yang harus dilalui sebagai bagian normal dari proses penuaan. Kedua, hal ini mungkin dilihat sebagai bagian penuaan, sehingga nyeri menjadi sesuatu yang harus mereka sangkal karena jika mereka menerima nyeri, berarti mereka menerima kenyataan bahwa mereka bertambah tua (M.Black, Hawks, Hokanson, 2014).

2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Penyakit tertentu ternyata erat hubungannya dengan jenis kelamin, dengan berbagai sifat tertentu, terutama yang

berhubungan dengan alat reproduksi atau yang secara genetik berperan dalam perbedaan jenis kelamin

(Haswita, Sulistyowati, 2017).

3) Kebudayaan

Kebudayaan 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 berbagai kelompok budaya (Haswita, 2017).

4) Makna nyeri

Bagi seseorang nyeri dapat mempengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika penyebabnya tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Jika pengalaman tersebut diartikan negatif, maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hal positif (M.Black, Hawks, Hokanson, 2014).

5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri (Haswita, 2017). Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas sering sekali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas (Haswita,

2017) Pengalaman terdahulu. Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Bagi kebanyakan orang, bagaimanapun, hal ini tidak selalu benar. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami. Makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan (Haswita, 2017).

6) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalankan perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus menerus pasien kehilangan kontrol dan tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Pasien sering menemukan jalan untuk mengatasi efek nyeri baik fisik maupun psikologis. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri (Haswita, 2017).

7) Dukungan keluarga dan social

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

e. Karakteristik nyeri

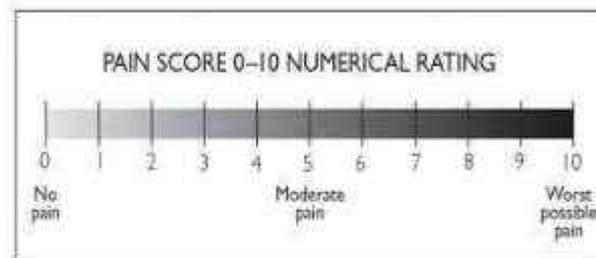
Karakteristik nyeri dapat dilihat atau diukur berdasarkan nyeri, durasi nyeri (menit, jam, hari atau bulan), irama atau periodenya (terus menerus, hilang, timbul, periode bertambah atau berkurangnya intensitas) dan kualitas (nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau *superficial*, atau bahkan seperti di gencet) karakteristik dapat juga dilihat nyeri berdasarkan metode PQRST yaitu:

- 1) P : *Provocate*, informasi tentang sumber nyeri dan pengobatan yang dapat meringankan dan meningkatkan nyeri (Pinzon, 2016). Tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada pasien, hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang di derita dengan faktor psikologisnya, karena bisa terjadinya nyeri hebat dari faktor psikologis bukan dari lukanya.
- 2) Q : *Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang dirasakan penderita, seperti akut, tumpul, panas, berdenyut, tertindih, ditusuk, dan sebagainya (Pinzon, 2016). Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subyektif diungkapkan oleh pasien, seringkali pasien mendiskripsikan nyeri dengan kalimat nyeri seperti ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau bahkan nyeri seperti tergencet.
- 3) R : *Region*, mengkaji lokasi nyeri yang dirasakan pasien serta arah penyebaran nyeri yang dirasakan. Untuk melokalisasikan nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri (Pinzon, 2016). Untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta pasien untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman, namun sangat sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar.
- 4) S : *Severe*, mengkaji intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien, biasanya menggunakan rentang skala dan derajat nyeri

1-10 yaitu dari nyeri ringan, sedang dan berat (Pinzon,2016).

Tingkat keparahan merupakan hal yang paling subyektif dirasakan oleh pasien, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri. Kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala yang sifatnya kuantitas

- 5) T : *Time*, mengkaji awal nyeri timbul, lama nyeri dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan “sejak kapan merasakan nyeri?” (Sulistyo, 2016). Perlu ditanyakan kapan mulai muncul nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh.



Gambar 2.1 Numerik *Pain Intensity Scale*

Sumber : *Physiopedia*

Keterangan :

Bentuk Nyeri

- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri kadang-kadang mengganggu sedikit
- 2 = Nyeri kadang-kadang mengganggu sedikit sampai kuat
- 3 = Gangguan nyeri yang cukup hanya dengan alih perhatian (distraksi)
- 4 = Nyeri dapat dikesampingkan saat bekerja tetapi dengan distraksi
- 5 = Nyeri tidak dapat dikesampingkan lebih dari 30 menit
- 6 = Nyeri tidak dapat dikesampingkan untuk waktu yang lama tetapi masih dapat bekerja dan berpartisipasi pada aktifitas sosial
- 7 = Mengganggu konsentrasi, mengganggu tidur, tetapi pasien masih dapat beraktifitas dengan suatu usaha

- 8 = Aktifitas fisik sangat terbatas serta menyebabkan mual dan pusing
- 9 = Tidak dapat berbicara, menangis atau merintih yang tidak terkontrol
- 10 = Nyeri tidak terkontrol, tidur susah sampai menyebabkan pingsan

Tabel 2.1 Bentuk Nyeri

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau internal	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, bersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah yang diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit dievaluasi
Gejala nyeri	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 bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber : (Haswita, 2017)

g. Penatalaksanaan nyeri

1) Terapi farmakologi

Analgesik merupakan metode yang paling umum mengatasi nyeri. Pemberian obat analgesik yang dilakukan guna mengganggu atau memblokir transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal nyeri. Jenis analgesiknya adalah narkotik dan bukan narkotik.

(Potter, P.A & Perry A.G., 2014).

2) Terapi nyeri non farmakologi

Walaupun terdapat berbagai jenis obat meredakan nyeri, semuanya memiliki resiko dan biaya. Terdapat banyak intervensi non farmakologi yang dapat membantu meredakan nyeri.

a) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin menaktifasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor ini mudah beradaptasi, meluruhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi ((M.Black, Hawks, Hokanson, 2014).

b) Teknik relaksasi napas dalam

Manfaat terapi relaksasi napas dalam bagi pasien yaitu mendapatkan perasaan yang tenang dan nyaman, berkurangnya rasa nyeri, pasien tidak mengalami stress, melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang biasanya menyertai nyeri, relaksasi nafas dalam mempunyai efek distraksi atau pengalihan perhatian. Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menur-

unkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (M.Black, Hawks, Hokanson, 2014). Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada pasien bagaimana melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti ketegangan otot atau kecemasan (PPNI, 2018). Mengatur posisi merupakan salah satu posisi yang dapat diberikan untuk kenyamanan pasien yaitu semi fowler. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring untuk memberikan kenyamanan pada pasien (Potter, P.A & Perry A.G., 2014). Teknik relaksasi nafas dalam dijabarkan seperti berikut :

- 1) Pasien menarik nafas dalam dan mengisi paru dengan udara dalam 3 hitungan (hirup, dua, tiga)
- 2) Udara dihembuskan perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi rileks dan nyaman. Lakukan perhitungan bersama dengan pasien (hembuskan, dua, tiga)
- 3) Pasien bernafas beberapa kali dengan irama normal
- 4) Ulangi kegiatan menarik nafas dalam dan menghembuskannya
- 5) Pasien mengulangi langkah keempat dan berkonsentrasi
- 6) Pikiran pada lengan, perut, punggung dan kelompok otot yang lain
- 7) Setelah seluruh tubuh pasien rileks, ajarkan untuk bernafas secara perlahan-lahan. Bila nyeri bertambah berat, pasien dapat bernafas secara dangkal dan cepat.

b) Distraksi

Distraksi merupakan kegiatan mengalihkan perhatian pasien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik distraksi berdasarkan teori aktivitas *reticular* yaitu menghambat stimulus nyeri sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak. Salah satu contoh distraksi yang dilakukan penulis terhadap pasien yaitu dengan Murottal Al-Qur'an, hal ini karena terapi murottal Al-Qur'an mampu mendistraksi sehingga menstimulasi otak dalam menghasilkan hormon endorphen yang memberikan rasa nyaman untuk membantu meningkatkan perasaan rileks. Terapi ini dilakukan dengan mendengarkan lantunan bacaan ayat suci Al-Qur'an yang dibacakan oleh seorang Qari (Sakiyan, 2021). Teknik distraksi Murottal Al-Qur'an dijabarkan sebagai berikut:

- 1) Dengan meminta bantuan salah satu keluarga untuk membantu menghidupkan surah Ar-Rahman yang dibacakan oleh Qari melalui *handphone*
- 2) Pasien diarahkan untuk fokus mendengarkan lantunan ayat suci yang sedang dibacakan qari
- 3) Arahan untuk mendengarkan murottal Al-Qur'an kurang lebih 15 menit atau sampai pasien merasa jauh lebih rileks

c) Relaksasi otot progresif

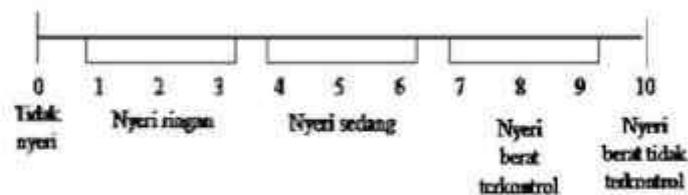
Teknik relaksasi otot progresif merupakan suatu terapi relaksasi yang diberikan kepada pasien dengan menegangkan otot-otot tertentu dan kemudian rileksasi. Rileksasi yang sempurna dapat mengurangi rasa nyeri, rasa jenuh, kecemasan sehingga dapat mencegah menghebatnya stim-

ulasi nyeri. Jika seseorang melakukan relaksasi, puncaknya adalah fisik yang segar dan otak yang siap menyala. Teknik relaksasi yang memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot, dengan mengidentifikasi otot yang tegang lalu menurunkan ketegangan dengan melakukan relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks sehingga nyeri berkurang (Fudori A, 2021).

h. Pengukuran Intensitas Nyeri

1) Skala nyeri menurut Haward

Dilakukan dengan meminta pasien untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat dirasakan.



Gambar 2.2 Skala Nyeri menurut Hayward

Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017).

2) Skala Nyeri menurut Mc.Gill

Menurut Mc. Gill pengukuran intensitas nyeri dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan nyeri yang dirasakan. Skala nyeri menurut Mc.Gill dapat dituliskan sebagai berikut:

- 0 = Tidak Nyeri
- 1 = Nyeri ringan
- 2 = Nyeri sedang
- 3 = Nyeri berat atau parah

4 = Nyeri sangat berat

5 = Nyeri hebat

3) Skala wajah atau Wong Baker FACES rating scale

Cara ukur intensitas nyeri ini dilakukan dengan memperhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia (Haswita, Sulistyowati, 2017).



Gambar 2.3 Skala Menurut Wong Baker FACES Rating Scale

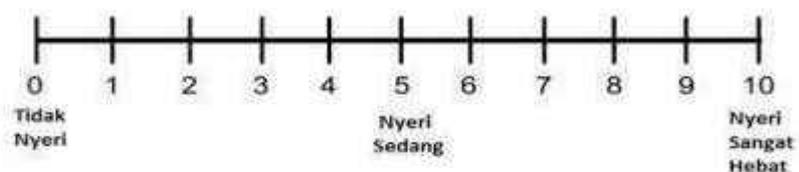
Sumber : Haswita & Sulistyowati (2017)

i. Penilaian respon intensitas nyeri

Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala (Mubarak, 2015).

1) Skala Penilaian Numerik

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian numerical rating Scale (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala ini efektif untuk digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik



Gambar 2.4 Skala Nyeri

Sumber : (Mubarak, Indrawati & Susanto, 2015)

Keterangan :

- 0 = Tidak nyeri
- 1-3 = Nyeri ringan (secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6 = Nyeri sedang (secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan dan dapat mengikuti perintah dengan baik)
- 7-9 = Nyeri berat (secara objektif pasien kadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang, dan distraksi)
- 10 = Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi

2. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Penilaian adalah langkah awal dalam keperawatan dan melibatkan pengumpulan data sistematis, identifikasi dan penilaian status kesehatan (Nursalam, 2020). Berdasarkan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) terdapat 14 jenis sub kategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi dan sosial, serta keamanan dan proteksi.

Pengkajian pada pasien post operasi laparotomi menggunakan pengkajian mengenai nyeri akut, meliputi : identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan prinsip PQRST yaitu : Provokasi (P) adalah faktor yang memperparah dan meringankan nyeri. Quality (Q) adalah kualitas nyeri misalnya seperti terkena benda tumpul, tajam, merobek. Region (R) adalah area atau tempat sumber nyeri. Severity (S) adalah skala nyeri yang dirasakan pasien dapat dinilai dengan skala 0-5 atau skala 0-10. Timing (T) adalah waktu terjadi nyeri, lamanya berlangsung, dan dalam kondisi seperti apa nyeri itu muncul. (S.Mubarak Wahit Iqbal, 2015) Pengkajian pada nyeri akut adalah sebagai berikut :

- a. Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif : mengeluh nyeri
 - 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
- b. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif : tidak tersedia

- 2) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, *diaphoresis*

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis terhadap reaksi pasien terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan saat ini dan masa depan (PPNI, 2017). Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada post operasi laparotomi apendisitis, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi luka operasi) dan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
- b. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mencerna makan, Ketidakmampuan mengabsorpsi makanan dan Faktor psikologis (keengganan untuk makan)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (prosedur operasi)
- e. Resiko infeksi dibuktikan dengan prosedur infasive

3. Rencana Tindakan Keperawatan

Menurut standar intervensi keperawatan Indonesia (PPNI T. S., 2018), Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penulisan klinis, untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Pada intervensi atau rencana keperawatan merupakan tahap proses keperawatan setelah data terkumpul, analisa data dan ditentukan rencana keperawatan yang tepat. Tahap perencanaan meliputi menentukan prioritas masalah, menuliskan tujuan dan kriteria hasil tujuan dan memilih rencana tindakan atau intervensi keperawatan.

Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri. Intervensi pendukung diantaranya pemberian analgesik, edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik nafas dalam, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Penulis melakukan intervensi atau rencana keperawatan yang pelaksanaannya disesuaikan dengan kasus dan kebutuhan pasien. SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) digunakan sebagai referensi dalam merumuskan intervensi keperawatan sedangkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan saat merumuskan tujuan keperawatan dan kriteria hasil. Penentuan intervensi keperawatan dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan referensi yang mempertimbangkan jenis intervensi atau tindakan yang sesuai dengan kemampuan perawat, kondisi pasien, penilaian efektivitas dan efisiensi keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien.

Table 2.2 Diagnosa yang muncul pada pasien Post Operasi Laparatomi

SDKI	SLKI	SIKI
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) dan Agen pencedera fisiologi (inflamasi luka operasi)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri

	<p>6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik</p>	<p>non verbal</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangan/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. 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 analgesik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, dan Faktor psikologis</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 	<p>Manajemen gangguan makan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori

(keengganan untuk makan)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Frekuensi makan membaik 4. Nafsu makan membaik 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan secara rutin 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai 3. Lakukan kontrak perilaku (mis: target berat badan, tanggung jawab perilaku) 4. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan 5. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku 6. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak 7. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis: medis, konseling) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) 2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat 3. Ajarkan diet yang tepat 4. Ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian perilaku makan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Pergerakan ekstremitas meningkat 3. Gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
<p>Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (Tindakan operasi)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan sulit tidur menurun 2. keluhan sering terjaga menurun 3. keluhan tidak puas tidur menurun 4. keluhan pola tidur berubah menurun 5. keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis:teh,kopi,alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan,kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan menepati

		kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makan/ minum yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kemerahan menurun 3. Bengkak menurun 4. Demam menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	Pencegahan infeksi Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik <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 beresiko tinggi Edukasi <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 Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data

yang baru (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan rencana keperawatan. Penatalaksanaan tersebut terdiri dari dua tipe dasar tindakan keperawatan yaitu farmakologi dan non farmakologi. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi ini akan mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Budiono, 2017). Tujuan evaluasi keperawatan adalah :

- 1) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan
- 2) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan
- 3) Meneruskan rencana tindakan keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut (Alimul, dalam Radita, 2022) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien post operasi laparatomi apendisitis dengan nyeri akut diharapkan keluhan nyeri berkurang
- b. *Objectif*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan

- c. *Analysis*, yaitu membandingkan antara informasi *subjective* dan *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu:
 - 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah
 - 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan
- d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

3. Konsep Penyakit

A. Pengertian

Laparotomi adalah operasi perut yang paling sering disebabkan oleh radang usus buntu, peradangan akut di kuadran kanan bawah perut. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Walter, 2021).

Apendisitis adalah peradangan yang disebabkan oleh infeksi usus buntu atau saluran cacing “lampiran” sebenarnya adalah sekum. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan parah yang memerlukan pembedahan segera untuk menghindari konsekuensi serius (Moris, D., 2021).

Usus buntu bisa disebabkan oleh saluran cacing ataupun usus buntu yang terjadi infeksi. Infeksi ini mungkin menimbulkan kesulitan jika pembedahan ditunda. Penyebab utama peradangan akut kuadran kanan bawah adalah radang usus buntu. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Bom, W. J., 2021)

B. Etiologi

Faktor predisposisi paling umum terjadinya apendisitis adalah penyumbatan lumen (Snyder, M. J., 2018). Sumbatan dapat disebabkan oleh :

- 1) Hyperplasia limfoid-penyebab paling umum
- 2) Lumen apendiks mempunyai *phaecolith*.
- 3) Benda asing seperti biji-bijian
- 4) Penyempitan lumen akibat fibrosis yang disebabkan oleh peradangan
- 5) Kebanyakan infeksi usus besar disebabkan oleh bakteri *escherichia coli* dan *streptococcus*
- 6) Kebanyakan berusia 15-30 tahun dan lebih banyak yang sering terkena laki-laki, hal ini disebabkan karena pertumbuhan jaringan limfoid

C. Patofisiologi

Feses atau kotoran dapat menyumbat lumen sehingga menyebabkan radang pada usus buntu (Bessoff & Forrester, 2020). Hipotesis ini sesuai dengan temuan epidemiologi yang menunjukkan bahwa radang usus buntu berhubungan dengan buruknya asupan serat. Apendisitis dimulai dengan iritasi mukosa. Peradangan ini menyebar ke lapisan submukosa dari otot serta serosa (peritoneum). Peritonitis lokal terjadi akibat pembentukan cairan eksudat fibrinopurulen pada permukaan serosa dan menyebar ke usus atau dinding perut.

Mukosa kelenjar nekrotik terkelupas ke dalam lumen, yang berisi nanah. Usus buntu tanpa aliran darah menjadi nekrotik atau ganggren ketika arteri mengalami thrombosis. Segera, perforasi akan meluas ke peritoneum. Jika momentum menutupi lubang tersebut, maka akan terbentuk abses.

D. Klasifikasi

a. Apendisitis akut

Apendisitis akut merupakan radang pada jaringan apendik. Apendisitis akut adalah obstruksi lumen yang selanjutnya akan diikuti oleh proses infeksi dari apendiks, penyebab obstruksi berupa:

- 1) Hiperplasi limfoid sub mukosa dinding apendiks
- 2) Fekalit
- 3) Benda asing
- 4) Tumor

Adanya obstruksi mengakibatkan mucin atau cairan mukosa yang di reproduksi tidak dapat keluar dari apendiks, hal ini semakin meningkatkan tekanan intra lumener sehingga menyebabkan tekanan intra mukosa juga semakin tinggi. Tekanan yang tinggi akan menyebabkan infiltrasi kuman ke dinding apendiks sehingga terjadi peradangan supuratif yang menghasilkan pus / nanah pada dinding apendiks. Selain obstruksi, apendisitis juga dapat disebabkan oleh penyebaran infeksi dari organ lain yang kemudian menyebar secara hematogen ke apendiks.

b. Apendisitis Purulenta (*Suppurative Appendicitis*)

Tekanan dalam lumen yang harus bertambah disertai edema menyebabkan ter bendungnya aliran vena pada dinding apendik dan menimbulkan thrombosis. Keadaan ini memperberat iskemi dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvasi ke dalam dinding apendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Pada apendiks dan meso apendiks terjadi edema, hyperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum local seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc Burner, defans muscular, dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat

terjadi pada seluruh perut diertai dengan tanda-tanda peritonitis umum.

c. Apendisitis Kronik

Diagnosis apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopi dan mikroskopis dan keluhan menghilang setelah apendektomi. Kriteria mikroskopis apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik, insidens apendisitis kronik antara 1-5%.

d. Tumor Apendiks

Tumor apendisitis jarang ditemukan, biasanya ditemukan kebetulan sewaktu apendektomi atas indikasi apendisitis akut. Karena bisa metastasis ke limfoid regional, dianjurkan hemikolektomi kanan yang akan memberi harapan hidup yang jauh lebih baik.

E. Penatalaksanaan

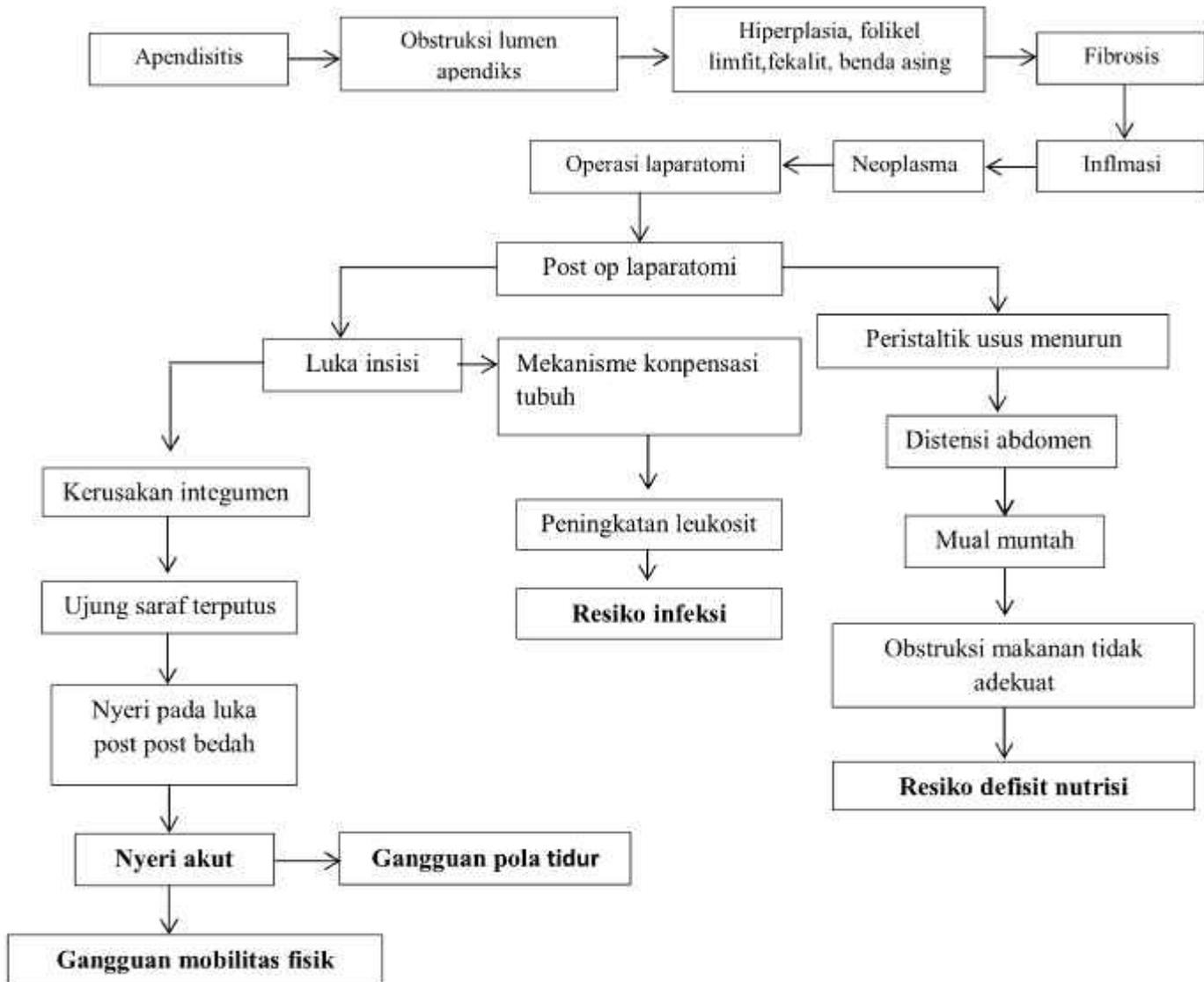
1) Apendektomi

Apendektomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendektomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparoskopis, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Apendektomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan yaitu secara teknik terbuka / pembedahan konvensional (laparotomi) atau dengan teknik laparoskopis yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif.

2) Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut. Prosedur ini memungkinkan dokter melihat dan merasakan organ dalam, dan mendiagnosa apa yang salah. Adanya teknik diagnose yang tidak invansif, laparatomi semakin kurang digunakan dibandingkan masa lalu. Prosedur ini hanya dilakukan jika semua prosedur lainnya yang tidak membutuhkan operasi, seperti pemeriksaan sinar X atau tes darah dan urine. Operasi laparatomi dilakukan apabila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen, misalnya trauma abdomen. Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada penderita-penderita yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Bila penderita merasakan nyeri perut hebat dan gejala-gejala lain dari masalah internal yang serius dan memungkinkan penyebabnya tidak terlihat usus bunt, tukak peptic yang berlubang atau kondisi ginekologi, perlu dilakukan operasi untuk menemukan dan mengoreksinya sebelum terjadi kerusakan lebih lanjut. Sejumlah operasi yang membuang usus buntu berawal dari laparatomi. Beberapa kasus laparatomi hanyalah prosedur kecil.

F. Pathway Post Operasi Laparotomi Apendisitis



(Sumber : Nurarif & Hardhi, 2015).