

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan seseorang untuk menjaga keseimbangan fisiologis dan psikologis, yang tentunya berfungsi untuk menunjang kehidupan dan kesehatan. Bergantung pada intensitas, jenis, bentuk, waktu, dan objek penggunaan, orang memiliki kebutuhan yang berbeda (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) dalam teori hierarki kebutuhan dasar manusia, Abraham Maslow dalam kebutuhan dasar yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar sebagai berikut:



Gambar 1
Kebutuhan Dasar Manusia menurut Maslow
Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan yang mewakili prioritas dasar hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis meliputi kebutuhan oksigen, cairan (minum), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, ekskresi, perlindungan, istirahat dan tidur, dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan akan keamanan dan perlindungan

Perlindungan fisik meliputi perlindungan terhadap ancaman fisik atau psikis. Ancaman ini adalah penyakit, kecelakaan, bahaya lingkungan, dan lain-lain. Perlindungan psikologis, yaitu perlindungan terhadap ancaman dari pengalaman baru dan tidak dikenal.

c. Kebutuhan akan cinta dan rasa memiliki, termasuk memberi dan menerima kasih sayang, menerima kehangatan keluarga, berteman, inklusi dalam kelompok sosial, dan lain-lain.

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan akan harga diri atau perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini berhubungan dengan keinginan akan kekuasaan, prestasi percaya diri kemandirian. Orang juga membutuhkan persetujuan dari orang lain.

e. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

Macam-macam yang terjadi pada gangguan rasa aman dan nyaman

a. Bebas dari nyeri atau cedera fisik, pasien yang mengalami gangguan rasa aman nyaman biasanya mengalami cedera fisik yang berhubungan dengan sensasi rangsangan nyeri.

b. Bebas dari ancaman sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.

c. Bebas dari resiko jatuh, jatuh merupakan 90% jenis kecelakaan yang dilaporkan dari seluruh kecelakaan di rumah sakit yang dapat memengaruhi terpenuhinya kebutuhan aman nyaman.

d. Bebas dari ancaman lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna dan unsur alamiah lainnya, yang dapat memengaruhi rasa aman nyaman.

3. Konsep Dasar Nyeri

Menurut (Hidayat & Uliyah, 2014) konsep dasar nyeri yaitu:

a. Definisi

Nyeri adalah suatu kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan, yang sifatnya sangat subyektif, karena persepsi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda baik dari segi ukuran maupun kekuatannya dan hanya dia yang dapat menjelaskan atau menilai nyeri yang dirasakannya.

- 1) Mc.Coffery mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wolf Weifsel mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Arhur 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.

b. Penyebab Nyeri

- 1) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat 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 blockade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- 5) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

c. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri biasanya dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang muncul tiba-tiba dan cepat hilang, berlangsung tidak lebih dari 6 bulan dan ditandai dengan peningkatan ketegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang datang perlahan dan biasanya berlangsung cukup lama, berlangsung lebih dari enam bulan.

Tergantung pada sifat kejadiannya, nyeri dapat diklasifikasikan menjadi beberapa kategori termasuk nyeri tembak dan nyeri terbakar (Hidayat & Uliyah, 2014).

Tabel 1
Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis

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

Sumber: Hidayat dan Uliyah, 2014

d. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Menurut (Haswita & Sulistyowati, 2017) faktor mempengaruhi nyeri:

1) Usia

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

2) Jenis Kelamin

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

3) Kebudayaan

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

4) Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5) Perhatian

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

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara

aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Kebanyakan orang bagaimana pun, 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.

8) Gaya koping

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

9) Dukunga keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport,

membantu atau melindungi. Ketidak hadirannya keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah.

10) Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri menggambarkan seberapa intens seseorang merasakan nyeri. Pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dengan intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan subjektif mungkin adalah dengan menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Pengukuran ini tidak dapat memberikan gambaran yang dapat diandalkan tentang rasa sakit itu sendiri (Haswita & Sulistyowati, 2017).

a) Skala Nyeri menurut Hayward

Mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya nilai 10 (untuk kombinasi nyeri paling hebat). Untuk mengukurnya penderita memilih salah satu bilangan yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai ini dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu. Intensitas ini dapat dijabarkan dalam sebuah skala nyeri dengan beberapa kategori.

Tabel 2
Skala Nyeri menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1 –3	Nyeri ringan
Skala 4 –6	Nyeri sedang
Skala 7 –9	Sangat nyeri tapi masih dapat dikontrol oleh pasien dengan aktifitas yang bisa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol.

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

b) Skala nyeri menurut McGill (McGill scale) mengukur nyeri dengan menggunakan lima angka, yaitu:

0= tidak nyeri

1= nyeri ringan

2= nyeri sedang

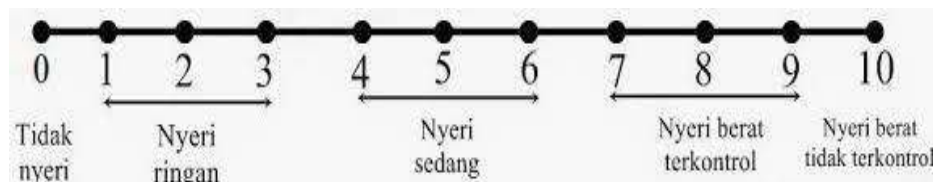
3= nyeri berat

4= nyeri sangat berat

5= nyeri hebat

c) Skala Nyeri Numeric Rating Scale

NRS merupakan alat ukur pengkajian nyeri pada anak usia 8 tahun ke atas dan dewasa. Alat ukur ini ditentukan oleh nomor yang menggambarkan nyeri.



Gambar 2

Skala Nyeri *Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

d) Skala wajah atau *wong-baker Face Rating Scale*

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien saat nyeri tersebut menyerang. Skala wajah *baker wong* merupakan sebuah contoh skala gambar. Skala ini dikoordinasikan untuk anak-anak berusia 3 sampai 7 tahun. Tunjukkan setiap wajah dengan menggunakan kata-kata untuk mendeskripsikan nyeri. Minta anak memilih wajah yang paling mendeskripsikan nyerinya kemudian catat angka yang sesuai.



Gambar 3

Skala Nyeri *Wong-Baker Face Rating Scale*

Sumber: Haswita & Sulistyowati, 2017

11) Penanganan Nyeri

Menurut (Mubarak, Indrawati & Susanto, 2015) penanganan nyeri:

a) Farmakologi

1) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik juga dikenal sebagai agonis narkotik, dan bekerja pada system saraf pusat untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat. Analgesik narkotik juga digunakan untuk menekan batuk dengan bekerja pada pusat pernafasaan dan batuk di medulla batang otak.

Operasiodid adalah kategori analgesik narkotik. Semua pereda nyeri, kecuali meperidi (*demerol*), memiliki efek antitusif (penakan batuk) dan anti diare.

2) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti *aspirin*, *asctaminefen*, *danibuprofen* sebagai tambahan anti efek juga memiliki efek astiinflamasi dan anti piretik. Obat ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau imflamasi. Efek samping yang paling umum adalah terjadi gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

b) Non Farmakologi

1) Relaksasi Progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

2) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal yang lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi.

1. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian Nyeri

Sumber utama perlu atau tidak dilakukannya esesmen adalah dari hasil skrining. Pasien/keluarga yang melaporkan adanya nyeri perlu mendapatkan esesmen yang sistematis. Esesmen yang sistematis akan menilai berbagai parameter berikut: lokasi nyeri, dampak nyeri pada aktivitas, intensitas nyeri saat istirahat/aktivitas, obat yang dipakai, faktor-faktor yang memperberat/memperingan, kualitas nyeri (terbakar atau kencang atau panas atau tersengat listrik), adanya penjalaran/tidak, intensitas nyeri, dan waktu munculnya nyeri.

Isi dari asesmen awal nyeri adalah mencakup hal-hal dibawah ini:

- 1) *Paliative/provocating* (P) Merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien.
- 2) *Quality* (Q) Merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri dirasakan oleh pasien, seperti seperti tertusuk, panas, terbakar, tertindih dan sebagainya.
- 3) *Region/Radiation* (R) Merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
- 4) *Severity* (S) Merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.

5) *Treatment* (T) Merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analegetik yang saat ini sedang digunakan.

b. **Diagnosis Nyeri**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya, baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul antara lain:

1) **Nyeri Akut**

Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

Penyebab: Agen pencedera fisik (prosedur operasiersasi)

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- Mengeluh nyeri

Gejala dan tanda minor

Subjektif: tidak ada

Objektif

- Tekanan darah meningkat

- Pola napas berubah

- Nafsu makan berubah

- Proses berpikir terganggu

- Menarik diri

- Berfokus pada diri sendiri

- Diaphoresis

Kondisi klinis terkait

- Kondisi pembedahan
- Cedera traumatis
- Infeksi
- Sindrom coroner akut
- *Glaucoma*

c. Intervensi Nyeri

Intervensi keperawatan adalah segala tritmen yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau outcome yang diharapkan (PPNI, 2018).

Adapun intervensi yang sesuai dengan pasien post operasi adalah sebagai berikut:

Tabel 3
Diagnosis dan Intervensi Nyeri

No	Diagnosis Nyeri	Intervensi utama	Intervensi pendukung
1.	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri Akut - Nyeri Kronis <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 depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Muntah dan mual menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Aromaterapi, dan nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya. Suhu ruangan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu 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. Koperasires hangat 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan 14. Manajemen medikasi 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapistiradiasi 17. Pemantauan nyeri 18. Pemberian obat 19. Pemberian obat intravena 20. Pemberian obat oral 21. Pemberian obat intravena 22. Pemberian obat toperasiical 23. Pengaturan posisi 24. Perawatan amputasi 25. Perawatan kenyamanan 26. Teknik distraksi

	<ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasanyeri (nafas dalam) 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 27. Teknik imajinasi terbimbing 28. Terapi akupresur 29. Terapi akupuntur 30. Terapi bantuan hewan 31. Terapi humor 32. Terapi murattal 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS)</i>
--	--	---	--

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI,2018)

Tabel 4
Implementasi Nyeri

No	Diagnosis	Implementasi
1.	Nyeri Akut	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri 2. Memonitor kualitas nyeri (misalnya, terasa tajam, tumpul, di remas remas, ditimpa beban berat). 3. Memonitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Memonitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Memonitor durasi dan frekuensi nyeri. 6. Memonitor TTV (TD, N, S, RR) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengatur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Mendokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Menginformasikan hasil pemantauan jika perlu

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah tahap kelima atau proses keperawatan terakhir yang berupaya untuk membandingkan tindakan yang sudah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Evaluasi keperawatan bertujuan menentukan apakah seluruh proses keperawatan sudah berjalan dengan baik dan tindakan berhasil dengan baik. Evaluasi dilakukan terus menerus terhadap respon pasien pada. Evaluasi atau proses promotive dilakukan setelah menyelesaikan tindakan, evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, and Planning*).

Tabel 5
Standar Luaran Keperawatan Indonesia
Kriteria Hasil Evaluasi Nyeri Akut

Tingkat nyeri		L.08066			
Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten					
Ekspetasi					
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kemampuan menuntaskan aktivitas	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaphoresis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi (tertekan)	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perinrum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus terapa membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5
Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5

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

Sumber: Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi *ileus obstruksi*

Ileus obstruktif atau *obstruksi* mekanis merupakan penyimpitan isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding, dan rongga peritonium. *Ileus obstruktif* adalah suatu keadaan dimana isi lumen saluran cerna tidak dapat disalurkan ke distal karena adanya sumbatan atau hambatan mekanik yang disebabkan kelainan dalam lumen usus, dinding usus atau luar usus yang menekan atau kelainan vaskularisasi pada suatu segmen usus yang menyebabkan nekrose segmen usus tersebut. Kesimpulan yang dapat diambil bahwa *ileus obstruktif* merupakan penyumbatan pada usus yang menyebabkan isi usus tidak dapat melewati lumen usus sebagai akibat adanya sumbatan atau hambatan mekanik usus.

2. Anatomi dan fisiologi *ileus obstruksi*

Mengalirnya makanan dan cairan melintasi saluran cerna memerlukan peristalsis terpadu serta ukuran lumen yang memadai. Gangguan peristalsis dan penyempitan intrinsik atau ekstrinsik lumen dapat menimbulkan gejala serupa, yaitu muntah, distensi abdomen, flatus atau tinja. Gangguan peristalsis, seperti pada ileus paralitik atau dismotilitas usus, dianggap sebagai disfungsi fungsional, sementara penyempitan lumen oleh sebabapa pun dianggap sebagai obstruksi mekanis. *Obstruksi* intralumen dapat terjadi karena mekonium yang terjadi pada neonates, isi usus pada pasien dengan fibrosis kitik, atau bazoar bahan organik atau norganik yang ditelan oleh pasien kelainan neurologik.

Setelah *obstruksi* terjadi *obstruksi* usus menyebabkan penimbunan sekresi dan cairan isi lumen usus, dinding usus, dan rongga peritorium. Kehilangan

cairan mungkin signifikan dan terdiri atas kehilangan melalui kompartemen eksternal. Pada banyak jenis *obstruksi* usus, khususnya jika obstruksinya kompleks, aliran darah ke usus akan terganggu. Awalnya hal ini disebabkan karena bendungan, tetapi dapat berlanjut menjadi insufisiensi arteri disertai nekrosis usus dan, jika tidak diatasi dalam beberapa jam, perforasi. Tanpa gangguan aliran darah sekalipun, obstruksi usus tidak diatasi menimbulkan dilatasi usus progresif dan kehilangan cairan.

3. Tanda dan gejala *ileus obstruksi*

Terdapat lima tanda dan gejala *ileus obstruktif* yaitu:

- a. Mekanik sederhana usus halus atas kolik (kram) pada abdomen pertengahan sampai ke atas, distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.
- b. Mekanik sederhana usus halus bawah kolik (kram) signifikansi midabdomen distensi, muntah, peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.
- c. Mekanik sederhana kolon kram (abdomen tengah sampai bawah), distensi yang muncul terakhir, kemudian terjadi muntah (fekulen), peningkatan bising usus, nyeri tekan abdomen.
- d. Obstruksi mekanik parsial dapat terjadi bersama granulamatoza usus. Gejalanya kram nyeri abdomen, distensi ringan.
- e. Strangulasi gejala berkembang dengan cepat: nyeri hebat, terus menerus dan terkola: distensi sedang, muntah persisten, biasanya bising usus menurun dan nyeri tekan terkolalisir hebat. Feses atau vomitus menjadi gelap atau berdarah atau mengandung darah sama.

4. Etiologi *ileus obstruksi*

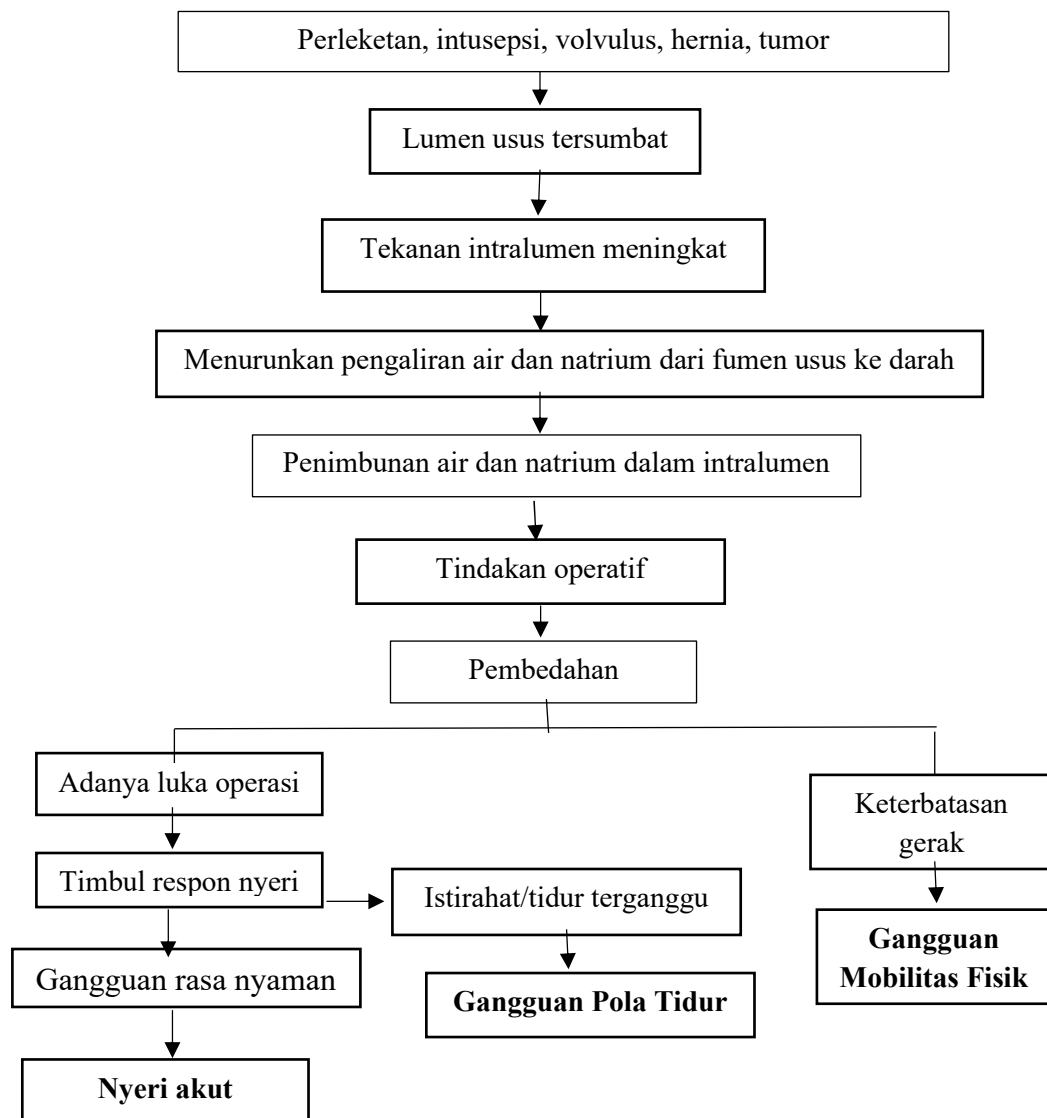
Penyebab terjadinya *ileus obstruksi* pada usus halus menurut antara lain:

- a. Hernia inkarserata: Hernia inkarserata timbul karena usus yang masuk ke dalam kantung hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga timbul gejala obstruksi (penyempitan) dan strangulasi usus (sumbatan menyebabkan terhentinya aliran darah ke usus).
- b. Non hernia inkarserata antara lain:
 - 1) Adhesi atau perlekatan usus bisa disebabkan oleh riwayat operasi intra abdominal sebelumnya atau proses inflamasi intra abdominal.

Perlengketan mungkin dalam bentuk tunggal maupun multiple, bisa setempat atau luas.

- 2) Askariasis cacing hidup di usus halus bagian jejunum, biasanya jumlahnya puluhan hingga ratusan ekor. *Obstruksi* bisa terjadi di mana-mana di usus halus, tetapi biasanya di ileum terminal yang merupakan tempat lumen paling sempit.

5. *Pathway ileus obstruksi*



Gambar 4

Pathway ileus obstruksi

Sumber: Smeltzer dan Suzane, 2015

6. Penatalaksanaan *ileus obstruksi*

a. Operasi

Operasi dapat dilakukan bila sudah tercapai rehidrasi dan organ-organ vital berfungsi secara memuaskan, tetapi yang paling sering dilakukan adalah pembedahan sesegera mungkin. Tindakan bedah dilakukan bila:

- 1) Strangulasi
- 2) Obstruksi lengkap
- 3) Hernia inkarserata
- 4) Tidak ada perbaikan dengan pengobatan konservatif (dengan pemasangan NGT, infus, oksigen dan kateter).

b. Pasca bedah

Pengobatan pasca bedah sangat penting terutama nyeri dan dalam hal cairan dan elektrolit. Perlu diingatkan bahwa pasca bedah usus pasien dalam keadaan paralitik nyeri menjadi masalah utama yang dirasakan oleh pasien, oleh karena itu penanganan pemberian analgetik sangat diperlukan oleh pasien dengan keadaan pasca operasi.

7. Pemeriksaan penunjang *Ileus Obstruksi*

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada umumnya tidak dapat dijadikan pedoman untuk menegakan diagnosis. Pemeriksaan laboratorium yang diperlukan pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, BUN (blood urea nitrogen), ureum amilase, dan kreatinin. *Ileus obstruksi*, terutama pada pemeriksaan laboratorium dalam batas normal, selanjutnya diteruskan adanya hemokonsentrasi leukositosis dan nilai elektrolit yang abnormal. Peningkatan serum yang amilase sering didapatkan pada semua jenis ileus obstruksi, terutama strangulasi. Penurunan dalam kadar serum natrium, klorida, kalium merupakan manifestasi lanjut dapat juga terjadi alkalosis akibat muntah. Pemeriksaan laboratorium pada anak dengan obstruksi usus seyoganya berfokus pada deteksi penyulit seperti dehidrasi dan sepsis.

b. Radiografik polos (Foto abdomen polos)

Pemeriksaan radiografik polos yang diambil dua sampai tiga posisi, hal yang paling spesifik dari obstruksi usus halus ialah distensi usus halus (diameter > 3 cm), adanya air fluid level pada posisi setengah duduk dan kekeurangan udara di kolon. Negatif palsu dapat ditemukan pada pemeriksaan radiologi ketika letak obstruksi berada di proksimal usus halus dan ketika lumen usus dipenuhi oleh cairan saja tidak adanya udara. Hal ini dapat mengakibatkan tidak adanya gambaran air fluid level atau distensi usus. *Ileus obstruksi* colon pemeriksaan foto abdomen menunjukkan adanya distensi usus pada bagaian proksimal atau obstruksia.

c. Foto thorax

Foto thorax dapat menggambarkan adanya free air sickle yang terletak di bawah difragma kanan yang menunjukkan adanya perforasi usus.

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 6
Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

No	Author	Tahun	Judul	Hasil
1.	Ulul Azmi, Achmad	2022	Asuhan Keperawatan pada Tn.C dengan Post Laparatomi Indikasi Ileus Obstruksi Hari ke-3 Baitussalam 1 Sri Sultan Agung Semarang Tahun 2022	Tn. C dengan post laparatomi indikasi ileus obstruktif. yang dilakukan penulis pada tanggal 12 Januari 2022 didapatkan data terdapat keluhan nyeri pada perut, terdapat luka operasierasi laparatomi dengan 11 jahitan. Tanggal 12 januari 2022 pukul 08.30 WIB didapatkan data fokus subjektif pasien mengatakan nyeri pada perut di area luka operasierasi. Kemudian data objektif pasien terlihat meringis, gelisah, terdapat nyeri tekan di abdomen, bersikap protektif, tekanan darah (TD) 116/70 mmHg, respirasi (RR) 21 x/menit, suhu 36, 7°C, nadi (N) 78 x/menit, P: nyeri abdomen luka operasieras, Q: perih, S: 5R: abdomen, T: terus menerus. data tersebut maka penulis diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen fisik (prosedur operasierasi).

2.	Chahya, Tenti	2021	Asyhan Keperawatan pada Tn.S dengan Laparotomi pada Ileus Obstruksi di Instalasi Bedah Sentral RSUD dr Moewardi Surakarta Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta 2021	<p>Ileus obstruktif adalah suatu penyumbatan mekanis pada usus dimana merupakan penyumbatan yang sama sekali menutup atau mengganggu jalannya isi usus. Sekitar 20% pasien ke rumah sakit datang dengan keluhan akut abdomen oleh karena obstruksi pada saluran cerna, 80% obstruksi terjadi pada usus halus. Salah satu penanganannya adalah dengan tindakan pembedahan yaitu tindakan Laparatomi. Tujuan umum dari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memberikan gambaran dan asuhan keperawatan pada pasien pra, intra dan post operasierasi tindakan Laparatomi pada Ileus Obstruksi. Metode yang diambil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Diagnosa keperawatan yang muncul saat pre operasierasi adalah ansietas. Pada saat intra operasierasi diagnosa yang muncul adalah resiko tinggi terhadap infeksi dan resiko cedera. Diagnosa post operasierasi yang muncul adalah resiko tinggi terhadap infeksi. Implementasi yang dilakukan untuk ansietas yaitu mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam. Implementasi pada diagnosa risiko tinggi terhadap infeksi adalah manajemen risk control dimana tetap mempertahankan tehnik aseptik. Pada diagnose resiko cedera dilakukan prinsip manajemn lingkungan dan resiko tinggi terhadap infeksi adalah manajemen risk control terhadap luka post operasierasi.</p>
----	------------------	------	---	--