

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep kebutuhan dasar manusia**

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun biologis dan psikologis yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Manusia memiliki berbagai macam kebutuhan menurut intensitas kegunaan, menurut sifat, menurut bentuk, menurut waktu dan menurut subyek (Haswita, 2017).

##### **2. Konsep Kebutuhan Dasar Rasa Nyaman (Nyeri)**

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar.

##### **3. Tinjauan Konsep Kebutuhan Rasa Nyeri**

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

##### **4. Fisiologi Nyeri**

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah *nociceptor*,

merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki *myelin* yang tersebar pada kulit dan mukosa, khususnya pada visera, persendian, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti histamin, bradikinin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi, stimulasi lain dapat berupa termal, listrik, atau mekanis. Selanjutnya, stimulasi yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa implus-implus nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut yang bermielin rapat atau serabut A (delta) dan serabut lambat (serabut C), implus-implus yang ditransmisikan oleh serabut delta mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C, serabut-serabut aferen masuk ke spinal melalui akar dorsal (dorsal root) serta sinaps pada *dorsal horn*, terdiri atas beberapa lapisan atau lamina yang saling bertautan.

Diantara lapisan dua dan tiga terbentuk *substantia gelatinosa* yang merupakan saluran utama implus. Kemudian, implus nyeri menyebrangi sumsum tulang belakang pada interneuron dan bersambung ke jalur spinalasendens yang paling utama, yaitu jalur *spinothalamic tract* (STT) atau jalur spinothalamus 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 thalamus yang melalui otak tengah dan medula ke tanduk dorsal dari sumsum tulang belakang yang berkonduksi dengan nociceptor implus supresif. Serotonin merupakan neurotransmitter dalam implus supresif. Sistem supresif lebih mengaktifkan stimulasi *nociceptor* yang ditransmisikan oleh serabut A. Jalur nonopiate merupakan jalur desenden yang tidak memberikan respon terhadap *naloxone* yang kurang banyak diketahui mekanismenya.

## 5. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yakni nyeri akut dan kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi enam bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Hal yang termasuk dalam kategori nyeri kronis adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis. Ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dapat dibagi kedalam beberapa kategori, diantaranya nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

**Tabel 2.1 Klasifikasi Nyeri**

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri akut</b>	<b>Nyeri kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Nyeri situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya
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 setelah beberapa saat	Penderita meningkat setelah beberapa saat

Sumber: Handayani (2015)

## 6. Stimulus Nyeri

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

- a. Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan iritasi secara langsung pada reseptor.
- b. Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri
- c. Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri

- d. Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulus reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e. Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

## 7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya sebagai berikut.

- a. Arti nyeri. Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.
- b. Persepsi nyeri. Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor*.
- c. Toleransi nyer. Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang didapat mempengaruhi 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 tolerasni anatar lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.
- d. Reaksi terhadap nyeri. Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua inimerupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masalalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian keperawatan**

#### a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, unsur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, dan tinggi badan atau berat

#### b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab pasien meliputi nama, unsur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, suku, agama, suku bangsa, hubungan dengan pasien

#### c. Riwayat keperawatan/Kesehatan

##### 1) Keluhan utama

Keluhan utama yang dinyatakan adalah keluhan atau gejala apa yang menyebabkan pasien berobat atau keluhan atau gejala saat awal dilakukan pengkajian pertama kali saat cedera kepala seperti, Sulit tidur, mual dan muntah, hilang keseimbangan, pusing dan sakit kepala, linglung dan bingung, hilang kesadaran selama beberapa detik atau menit.

##### 2) Riwayat kesehatan/keperawatan sekarang

Pada pengumpulan riwayat kesehatan atau keperawatan sekarang yang perlu ditanyakan umur saat kejadian pertama, lokasi nyeri, frekuensi serangan, tanda-tanda awal erangan dan faktor pencetus, factor yang melatar belakangi atau hal-hal yang mempengaruhi atau mendahului keluhan (PQRST) bagaimana sifat terjadinya nyeri (mendadak, perlahan-lahan, terus menerus atau berupa serangan, hilang timbul atau berhubungan dengan waktu), lokalisasi gejalanya dimana dan sifatnya bagaimana. (mejalara, menyebar, berpindah-pindah atau menetap).

##### 3) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi riwayat cedera kepala sebelumnya, penggunaan obat-obatan antikogulan, aspirin, vasodolator, obat-obatan adiktif, dan konsumsi alkohol berlebihan.

## 4) Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji adanya anggota keluarga generasi terdahulu yang menderita penyakit yang sama yang berhubungan dengan penyakit pasien.

## 5) Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian mekanisme coping yang digunakan pasien untuk menilai respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dan masyarakat serta respon atau pengaruh dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga atau dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada pasien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidak mampuan untuk melakukan aktifitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

## d. Pemeriksaan fisik

## 1) Tingkat kesadaran GCS

**Tabel 2.2 Nilai Tingkat Kesadaran**

No	Komponen	Nilai dan hasil
1.	Respon membuka mata (eye)	4: spontan 3: terhadap bicara (suruh untuk membuka mata) 2: terhadap rangsangan nyeri (tekan pada kuku jari) 1: tidak ada reaksi
2.	Respon bicara (verbal)	5: baik, tidak ada disorientasi (bicara biasa) 4: Kacau (bicara ngacau) 3: Tidak tepat (hanya kata-kata) 2: Mengerang 1: tidak ada tanggapan
3.	Respon Gerakan (motorik)	6: mengikuti perintah 5: melokalisir nyeri 4: menjauhi nyeri 3: fleksi abnormal 2: Ekstensi abnormal 1: tidak ada respon

Sumber: (Saputra,2013)

## 2) Fungsi motorik

Setiap ekstremitas diperiksa dan dinilai dengan skala berikut yang digunakan secara internasional:

5: kekuatan normal

4: kelemahan sedang

- 3: kelemahan berat (antigravity)
- 2: kelemahan berat (nonantigravity)
- 1: Gerakan trace
- 0; tidak ada Gerakan

e. Aspek neurologis

- 1) Kaji GCS
- 2) Refleksi patologis dan fisiologis
- 3) Perubahan status mental
- 4) Nervus cranialis XII (sensasi, pola bicara abnormal)
- 5) Status motorik
  - Skala kelemahan otot
  - 0: tidak ada kontraksi
  - 1: ada kontraksi
  - 2: bergerak tak bisa menahan gravitasi
  - 3: bergerak mampu menahan gravitasi
  - 4: normal
- 6) Perubahan pupil/penglihatan kabur, diplopia, fotophobia, kehilangan Sebagian lapang pandang.
  - a) 5-6: kerusakan batang otak.
  - b) Mengecil: metabolis abnormal dan disfungsi ecephalo.
  - c) Pin-point: kerusakan pons, batang otak.
- 7) Perubahan tanda-tanda vital
- 8) Apraksia, hemiparese
- 9) Gangguan pengecap dan penciuman, serta pendengaran.
- 10) Tanda-tanda peningkatan TIK
  - a) Penurunan kesadaran
  - b) Gelisah letargi
  - c) Sakit kepala
  - d) Muntah proyektif
  - e) Pupil edema
  - f) Pelambatan nadi
  - g) Peningkatan tekanan darah sistolik

- f. Aspek kardiovaskuler
  - 1) Perubahan tekanan darah (menurun/meningkat)
  - 2) Denyut nadi: bradikardi, takikardi, irama tidak teratur.
  - 3) Tekanan darah dan TIK naik
- g. System pernafasan
  - 1) Perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), nafas berbunyi, stridor, tersedak.
  - 2) Irama, frekuensi, kedalaman, bunyi nafas.
  - 3) Ronki, mengi positif.
- h. Kebutuhan dasar
  - 1) Eliminasi
    - Perubahan pada BAB/BAK
    - a) Inkontinensi, obstipasi
    - b) Hematuri
  - 2) Nutrisi: mual, muntah, gangguan pencernaan/menelan makanan, kaji bising usus
  - 3) Istirahat: kelemahan, mobilisasi, tidur kurang
- i. Pengkajian psikologis
  - 1) Gangguan emosi/apatis, delirium
  - 2) Perubahan tingkah laku atau kepribadian
- j. Pengkajian sosial
  - 1) Hubungan dengan orang terdekat
  - 2) Kemampuan komunikasi, afasia, bicara tanpa arti, disartria dan anomia.
- k. Nyeri atau kenyamanan
  - 1) Sakit kepala dengan intensitas dan nyeri yang berbeda.
  - 2) Respon menarik dari rangsangan nyeri yang hebat.
  - 3) Gelisah.
- l. Nervus cranial
  - 1) Nervus I: penurunan daya penciuman
  - 2) Nervus II: pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan.



- 3) Nervus III, IV, VI: penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor.
- 4) Nervus v: gangguan mengunyah
- 5) Nervus VII, XII: lemahnya penutupan kelopak mata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah.
- 6) Nervus VIII: penurunan pendengaran keseimbangan tubuh.
- 7) Nervus IX, X, XI: jarang ditemukan (XI, X: kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut, N, XI: bila tidak melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik serta tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezeus.

m. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan pada pasien dengancederakepala, meliputi hal-hal dibawah ini:

- 1) CT-scan (dengan tanpa kontras)
- 2) MRI
- 3) Angiografi serebral
- 4) EEG berkala
- 5) Foto rotgen, mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur) perubahan struktur garis (perdarahan edema), fragmen tulang.
- 6) PET, mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak
- 7) Pemeriksaan CFS, lumbal fungsi: dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subaraknoid
- 8) Kadar elektrolit, untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan tekanan intrakranial.
- 9) Skrining toksikologi, untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

n. Pengkajian penatalaksanaan medis

Pasien sadar, mungkin memiliki riwayat periode kehilangan kesadaran, cukup signifikan.

- 1) Indikasi untuk rontgen tengkorak
  - a) Hilang kesadaran atau amnesia

- b) Tanda-tanda neurologis
  - c) Kebocoran LCS
  - d) Curiga trauma tembus
  - e) Intoksikasi alkohol
  - f) Sulit menilai pasien
- 2) Indikasi rawat
- a) Kebingungan atau GCS menurun
  - b) Fraktur tengkorak
  - c) Tanda-tanda neurologis atau sakit kepala atau muntah
  - d) Sulit menilai pasien
  - e) Terdapat masalah medis yang menyertai
  - f) Kondisi sosial yang tidak adekuat atau tidak ada orang dewasa yang dapat mengawasi pasien.
- 3) Indikasi untuk merujuk
- a) Fraktur tengkorak + bingung/penurunan GCS
  - b) Tanda-tanda neurologis fokal atau kejang
  - c) Menetapnya tanda-tanda neurologis atau kebingungan >12 jam
  - d) Koma setelah resusitasi
  - e) Curiga cedera terbuka pada tengkorak
  - f) Fraktur tekanan pada tengkorak
  - g) Terdapat pemburukan

## **2. Diagnosis keperawatan**

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

- 1) Nyeri akut b.d agen pencideraan fisik.
- 2) Intoleransi aktifitas b.d tirah baring.
- 3) Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan.

Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Penyebab/ factor resiko	Tanda dan gejala		Kondisi Klinis terkait
		Mayor	Minor	
<p><b>Nyeri akut</b> <b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencideraan fisiologis</li> <li>2. Agen pencideraan kimiawi</li> <li>3. Agen pencideraan fisik</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b> Mengeluh nyeri</p> <p><b>Objektif:</b> Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.</p>	<p><b>Subjektif:</b> Tidak ada</p> <p><b>Objektif</b> Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom coroner akut</li> <li>5. glaukoma</li> </ol>
<p><b>Intoleransi aktifitas</b> <b>Definisi:</b> Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktifitas sehari-hari</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</li> <li>2. tirah baring</li> <li>3. kelemahan</li> <li>4. imobilitas</li> <li>5. gaya hidup monoton</li> </ol>	<p><b>Subjektif:</b> Mengeluh Lelah</p> <p><b>Objektif:</b> Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</p>	<p><b>Subjektif:</b> Dispnea saat/setelah beraktifitas, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah</p> <p><b>Objektif:</b> Tekanan darah berubah, &gt;20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat atau setelah aktifitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. anemia</li> <li>2. gagal jantung</li> <li>3. penyakit jantung coroner</li> <li>4. penyakit katup jantung</li> <li>5. aritmia</li> <li>6. penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>7. gangguan metabolik</li> <li>8. gangguan muskuloskeletal</li> </ol>

<b>Gangguan pola tidur</b> Definisi: Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. hambatan lingkungan</li> <li>2. kurang control tidur</li> <li>3. kurang privasi</li> <li>4. restrain fisik</li> <li>5. ketiadaan teman tidur</li> <li>6. tidak familiar dengan peralatan tidur</li> </ol>	<b>Subjektif:</b> Mengeluh sulit tidur, Mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur. mengeluh pola tidur berkurang, mengeluh istirahat tidak cukup <b>Objektif:</b> Tidak ada	Subjektif: Mengeluh kemampuan beraktifitas menurun <b>Objektif:</b> Tidak ada	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. nyeri/kolik</li> <li>2. hipertiroidisme</li> <li>3. kecemasan</li> <li>4. penyakit paru obstruktif kronis</li> <li>5. kehamilan</li> <li>6. periode pasca partum</li> <li>7. kondisi paca operasi</li> </ol>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. Intervensi keperawatan

Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. (TIM Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

**Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan**

<b>Diagnosis keperawatan: nyeri akut</b>	
<b>Intervensi utama</b>	<b>Intervensi pendukung</b>
<b>Manajemen nyeri</b> Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten, <b>Observasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keakinan tentang nyeri</li> </ol> <b>Terapeutik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aroma terapi</li> <li>2. Dukungan hipnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan kebutuhan</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Edukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernafasan</li> <li>12. Manajemen efek samping obat</li> <li>13. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>14. Manajemen medikasi</li> <li>15. Manajemen sedasi</li> <li>16. Manajemen terapi radiasi</li> <li>17. Pemantauan nyeri</li> <li>18. Pemberian obat</li> <li>19. Pemberian obat intravena</li> </ol>

<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> </ol>	
<b>Diagnosis keperawatan: intoleransi aktifitas</b>	
<p><b>Manajemen energi</b></p> <p><b>Definisi:</b> Mengidentifikasi dan mengelolah penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidak nyamanan selama melakukan aktifitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</li> <li>2. Lakukan Latihan rentang gerak pasif dan gerak aktif</li> <li>3. Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap</li> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dukungan ambulasi</li> <li>6. Dukungan kepatuhan program pengobatan</li> <li>7. Dukungan meditasi</li> <li>8. Dukungan pemeliharaan rumah</li> <li>9. Dukungan perawatan diri</li> <li>10. Dukungan spiritual</li> <li>11. Dukungan tidur</li> <li>12. Edukasi Latihan fisik</li> <li>13. Edukasi Teknik ambulasi</li> <li>14. Edukasi pengukuran nadi radialis</li> <li>15. Manajemen aritmia</li> <li>16. Manajemen lingkungan</li> <li>17. Manajemen medikasi</li> <li>18. Manajemen mood</li> </ol>
<b>Diagnosis Keperawatan: Gangguan Pola Tidur</b>	
<p><b>Dukungan tidur:</b></p> <p><b>Definisi:</b> Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi factor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi maknaan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Dukungan kepatuhan pengobatan</li> <li>6. Dukungan meditasi</li> <li>7. Dukungan perawatan diri</li> <li>8. Foto terapi gangguan mood/tidur</li> <li>9. Manajemen demensia</li> <li>10. Manajemen energi</li> <li>11. Manajemen medikasi</li> <li>12. Manajemen nutrisi</li> <li>13. Manajemen nyeri</li> <li>14. Manajemen penggantian hormon</li> </ol>

2. Batasi waktu tidur siang 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi: 8. Jelaskan pentingnya tidur selama sakit 9. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Sumber: (TIM Pokja SIKI, 2018)

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Diagnosa keperawatan: nyeri akut

a) Implementasi utama: manajemen nyeri

Mengidentifikasi dan mengelolah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan erusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan: observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi ras nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik

b) Implementasi utama: dukungan ambulasi

Memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktifitas berpindah.

Tindakan: observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

Terpeutik:

- 1) Fasilitasi ambulasi dengan alat bantu
- 2) Fasilitasi melakukan mobilitas fisik

## 5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam tahap perencanaan (Budiono & Sumirah, 2015).

**Table 2.4 Evaluasi Keperawatan**

<b>Diagnosis keperawatan: nyeri akut</b>	
<b>Tingkat nyeri (L.08066)</b>  Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.	<b>Kriteria hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Menarik diri menurun</li> <li>7. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>8. Diaphoresis menurun</li> </ol>
<b>Diagnosis keperawatan: intoleransi aktifitas</b>	
<b>Toleransi aktivitas (L.05047)</b>  <b>Definisi:</b> Respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga	<b>Kriteria hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>2. Saturasi oksigen meningkat</li> <li>3. Kemudahan untuk melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>4. Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>5. Jarak berjalan meningkat</li> </ol>
<b>Diagnosis keperawatan: gangguan pola tidur</b>	
<b>Pola tidur (L.05045)</b>  Definisi: Keadekuatan kualitas dan kuantitas tidur	<b>Kriteria hasil:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur membaik</li> <li>2. Keluhan sering terjaga membaik</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur membaik</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah membaik</li> <li>5. Keluhan istirahat tidak cukup membaik</li> </ol>

Sumber: TIM Pokja SIKI (2018)

## C. Tinjauan konsep penyakit

### 1. Definisi cedera kepala ringan

Cedera kepala merupakan proses terjadinya trauma langsung (deselerasi) terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. Cedera dibagi menjadi dua, yaitu cedera otak primer dan

sekunder. cedera otak primer merupakan kerusakan yang terjadi pada otak segera setelah trauma, sedangkan cedera otak sekunder merupakan kerusakan yang berkembang kemudian sebagai komplikasi.

Cedera kepala adalah suatu trauma yang mengenai daerah kulit kepala, tulang tengkorak atau otak yang terjadi akibat injury pada kepala, baik secara langsung maupun tidak langsung. Cedera kepala merupakan keadaan yang serius dan perlu mendapatkan penanganan yang cepat.

## **2. Etiologi cedera kepala ringan**

Penyebab trauma kepala dapat meliputi kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kecelakaan yang berkaitan dengan olahraga, atau kejahatan dan tindak kekerasan.

## **3. Manifestasi klinis cedera kepala ringan**

Tanda dan gejala:

- a. Sulit tidur
- b. Mual dan muntah
- c. Hilang keseimbangan
- d. Pusing dan sakit kepala
- e. Linglung dan bingung
- f. Hilang kesadaran selama beberapa detik atau menit

## **4. Patofisiologi cedera kepala ringan**

- a. Pukulan langsung

Dapat menyebabkan kerusakan otak pada sisi pukulan (*copinjury*) atau pada sisi yang berlawanan dari pukulan, terutama ketika otak bergerak dalam tengkorak dan mengenai dinding yang berlawanan (*contrekoupinjury*).

- b. Rotasi/deselerasi

Fleksi, ekstensi, atau rotasi leher menghasilkan serangan pada otak yang menyerang titik-titik tulang dalam tengkorak, misalnya pada sayap dari tulang sfenoid. Rotasi hebat juga menyebabkan trauma robekan didalam substansi putih otak dan batang otak



sehingga mengakibatkan cedera aksonal dan bintik-bintik pendarahan intraserebral.

c. Tabrakan

Otak sering kali terhindar dari trauma langsung kecuali jika berat (terutama pada anak-anak dengan tengkorak yang elastis)

d. Peluru

Cenderung mengakibatkan hilangnya jaringan seiring dengan trauma. Pembengkakan otak merupakan masalah akibat distruksi tengkorak yang secara otomatis menekan otak.

- 1) Derajat cedera otak primer secara langsung berhubungan dengan jumlah kekuatan yang mengenai kepala.
- 2) Kerusakan sekunder terjadi akibat komplikasi sistem pernapasan (hipoksia, hiperkabia, obstruksi jalan napas), syok hipovolemik, perdarahan intrakranial, edema serebral, epilepsi, infeksi, dan hidrosefalus

## 5. Klasifikasi cedera kepala ringan

Menurut (Tarwoto, 2015). Cedera kepala dapat di klasifikasikan berdasarkan:

a. Berdasarkan kerusakan jaringan otak

- 1) *Komosio serebri* (gegar otak): gangguan fungsi neurologis ringan tanpa adanya kerusakan struktur otak, terjadi hilangnya kesadaran kurang dari 10 menit atau tanpa disertai amnesia retrograde, mual, muntah, nyeri kepala.
- 2) *Koentusio serebri* (memar): gangguan fungsi neurologik disertai kerusakan jaringan otak tetapi kontinuitas otak masih utuh, hilangnya kesadaran lebih dari 10 menit.
- 3) *Laserasio serebi*: gangguan fungsi neurologik disertai kerusakan otak yang berat dengan fraktur tengkorak terbuka. Masa otak terkelupas keluar dari rongga intra cranial.

- b. Berdasarkan berat ringannya cedera kepala
  - 1) Cedera kepala ringan: jika GCS antara 13-15, dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tidak terdapat fraktur tengkorak, kontusio atau hematoma.
  - 2) Cedera kepala sedang: jika nilai GCS antara 9-12, hilang kesadaran antara 30 menit sampai dengan 24 jam, dapat disertai fraktur tengkorak, disorientasi ringan.
  - 3) Cedera kepala besar: jika GCS berada antara 3-8, hilang kesadaran lebih dari 24 jam, biasanya disertai kontusio, laserasi atau adanya hematoma, edema serebral

## 6. Skala Koma Glasgow (GCS)

- a. Respon membuka mata (eye)
  - 4 = spontan
  - 3 = terhadap bicara (suruh untuk membuka mata)
  - 2 = terhadap rangsangan nyeri (tekan pada kuku jari)
  - 1 = tidak ada reaksi
- b. Respon bicara (verbal)
  - 5 = baik, tidak ada disorientasi (bicara biasa)
  - 4 = kacau (bicara ngacau)
  - 3 = tidak tepat (hanya kata-kata)
  - 2 = mengerang
  - 1 = tidak ada tanggapan
- c. Respon Gerakan (motorik)
  - 6 = mengikuti perintah
  - 5 = melokalisir nyeri (mengetahui lokasi nyeri)
  - 4 = menjauhi nyeri (reaksi menghindar)
  - 3 = fleksi abnormal
  - 2 = ekstensi abnormal
  - 1 = tidak ada respon

## 7. Tingkat kesadaran

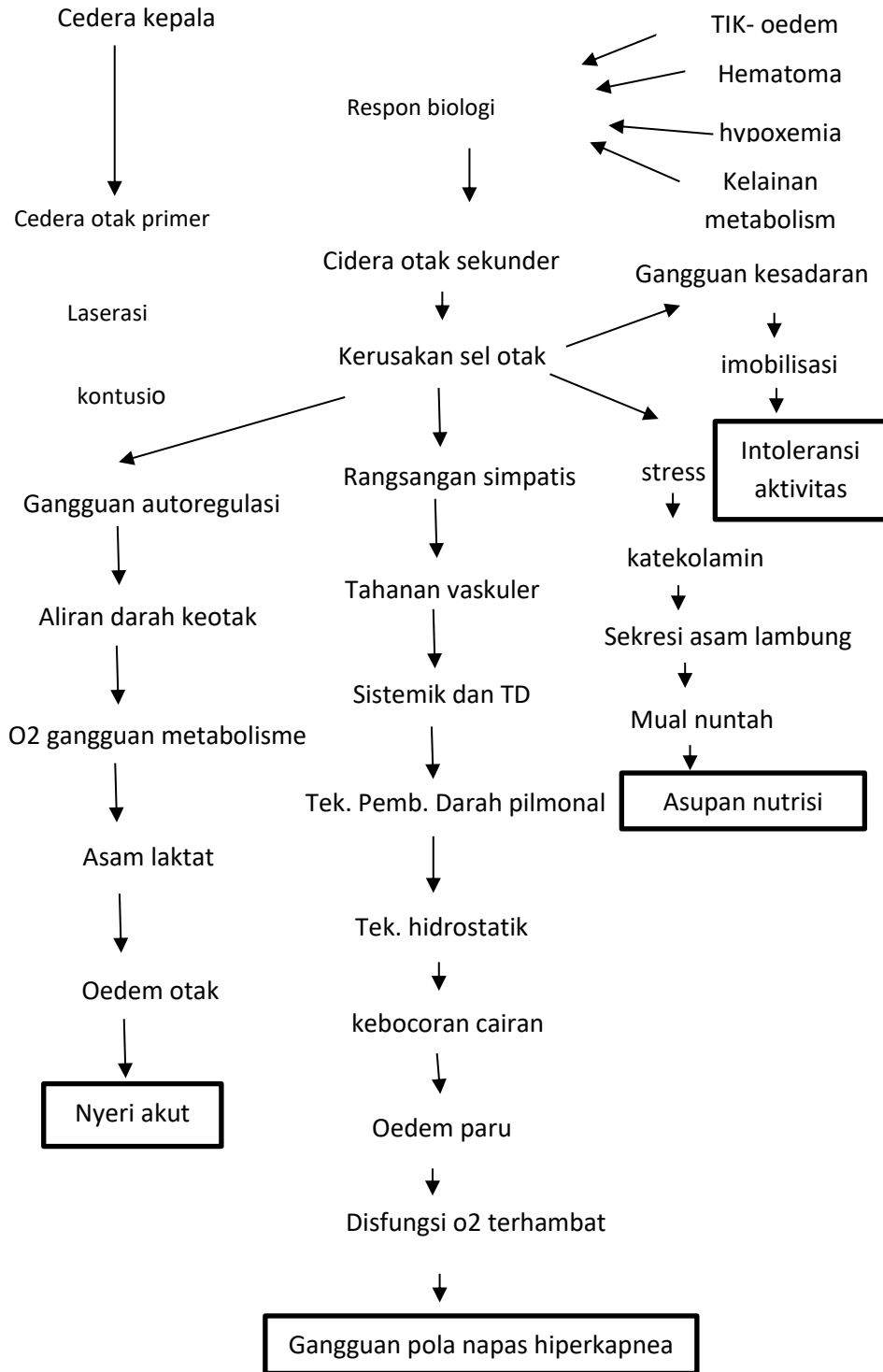
- a. Kompos mentis (kondisi sadar penuh, terhadap lingkungan atau dirinya sendiri. Nilai GCS = 13-14 (normal).

- b. Apatis (kondisi tampak acuh tak acuh terhadap lingkungannya). Nilai GCS = 13-11.
- c. Delirium (kondisi mengalami penurunan kesadaran, kekacauan Gerakan, dan siklus tidur terganggu). Nilai GCS = 11-10.
- d. Somnolen (kondisi mengantuk, tetapi akan pulih bila dirangsang dan bila dirangsang berhenti akan tidur Kembali). Nilai GCS = 9-7.
- e. Sopor/stupor (kondisi mengantuk yang dalam). Nilai GCS = 6-5.
- f. Koma ringan/semi koma (kondisi mengalami penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons rangsangan terhadap rangsangan bicara (verbal), dan tidak dapat dibangunkan sama sekali). Nilai GCS = 4.

#### **8. Pemeriksaan diagnostik**

- a. CT-Scan mengidentifikasi adanya hemorragic, ukuran ventrikuler, infrak pada jaringan mati.
- b. Foto tengkorak atau cranium untuk mengetahui adanya fraktur pada tengkorak.
- c. laboratorium kimia darah, mengetahui ketidak seimbangan elektrolit.
- d. EEG berkala.
- e. Kadar elektrolit, untuk menoreksi kadar keseimbangan.

9. Pathway cedera kepala ringan



Sumber: padilah (2019)

Gambar 2.1 Cedera Kepala Ringan