

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan oleh manusia untuk memenuhi, menjaga, mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia mempunyai karakteristik kebutuhan yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. (Budiono & Pertami, 2017)

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang di kemukakan Abraham Maslow dapat digolongkan menjadi lima, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh. Manusia memiliki minimal delapan macam kebutuhan fisiologis, meliputi : oksigen, cairan, nutrisi, temperatur, eliminasi, tempat tinggal, istirahat-tidur, seksual, dan lain-lain.

b. Kebutuhan keselamatan dan keamanan

Kebutuhan akan keselamatan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik dan psikologis. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, ternal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Dalam konteks hubungan interpersonal seseorang juga membutuhkan rasa aman. Keamanan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mnegontrol masalah, kemampuan memahami tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang disekitarnya dan lingkungannya.

c. **Kebutuhan cinta dan rasa memiliki.**

Kebutuhan dasar ini menggambarkan emosi seseorang. Manusia secara umum membutuhkan perasaan untuk dicintai oleh keluarga mereka, diterima oleh teman sebaya, oleh lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Kebutuhan ini merupakan suatu dorongan saat seseorang berkeinginan menjalin hubungan yang efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan terus menekan seseorang sedemikian rupa sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan perasaan saling mencintai dan memiliki tersebut.

d. **Kebutuhan harga diri**

Penghargaan terhadap diri sering merujuk pada penghormatan diri, dan pengakuan diri, kompetensi rasa percaya diri dan kemerdekaan. Untuk mencapai penghargaan diri, seseorang harus menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukannya serta menyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna.

e. **Kebutuhan aktualisasi diri**

Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkat kebutuhan yang paling tinggi menurut Maslow dan Kalish. Aktualisasi diri adalah kemampuan seseorang untuk mengatur diri dan otonominya sendiri serta bebas dari tekanan luar. Lebih dari itu, aktualisasi diri merupakan hasil dari kematangan diri. Abraham Maslow berdasarkan teorinya mengenai aktualisasi diri, pada asumsi dasar bahwa manusia pada hakikatnya memiliki nilai intrinsik berupa kebaikan. Sehingga manusia memiliki peluang untuk mengembangkan dirinya. (Budiono & Pertami, 2017)

2. Konsep Kebutuhan Dasar Nyaman :Nyeri

Secara umum, 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 klien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada klien. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Gangguan rasa nyaman mempunyai batasan karakteristik yaitu: ansietas, berkeleluhan, gangguan pola tidur, gatal, gejala distress, gelisah, iritabilitas, ketidakmampuan untuk relaksasi, kurang puas dengan keadaan, menangis, merasa dingin, merasa kurang senang dengan situasi, merasa hangat, merasa lapar, merasa tidak nyaman, merintih, dan takut. (Keliat, 2014)

Pasien *cephalgia* akan mengalami nyeri. Nyeri menyebabkan gangguan rasa aman nyaman. Biasanya ditandai dengan nyeri kepala ringan maupun berat, nyeri seperti diikat, tidak berdenyut, nyeri tidak terpusat pada satu titik, terjadi secara spontan, vertigo, dan adanya gangguan konsentrasi. (Kusuma, 2012)

a. Pengertian nyeri

Nyeri adalah rasa tidak menyenangkan, umumnya karena adanya perlukaan dalam tubuh, walaupun tidak sebatas itu. Nyeri dapat juga dianggap sebagai racun dalam tubuh, karena nyeri yang terjadi akibat adanya kerusakan jaringan atau saraf. (Suwondo & Suryono, 2017)

Nyeri akut pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat (PPNI T. S., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

b. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya rangsangan (*stimulus*) yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri. Terdapat 4 rangkaian fisiologis nyeri yaitu sebagai berikut :

1) Transduksi

Proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkuat.

2) Transmisi

Dalam proses transmisi terlibat 3 komponen saraf yaitu, saraf sensorik perifer yang meneruskan implus ke medula spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan implus yang menuju ke

atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan cortex.

3) Modulasi

Aktivitas saraf yang bertujuan untuk mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin.

4) Presepsi

Proses implus nyeri yang ditransmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan presepsi tersebut juga tidak jelas. (Haswita, 2017)

c. Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik

1) Nyeri perifer

Nyeri perifer dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu :

- a) Nyeri superfisial, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa
- b) Nyeri viseral, yaitu rasa nyeri yang timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
- c) Nyeri alih, yaitu rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri

2) Nyeri sentral

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

3) Nyeri psikogenik

Nyeri psikogenik adalah nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui, umumnya karena faktor psikologi. (Haswita, 2017)

d. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut (Haswita, 2017) faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

- 1) Etnik dan nilai budaya
- 2) Tahap perkembangan
- 3) Lingkungan dan individu pendukung
- 4) Pengalaman nyeri sebelumnya
- 5) Ansietas dan stress

e. Karakteristik nyeri

Karakteristik nyeri dapat juga dilihat berdasarkan metode PQRST, sebagai berikut :

- 1) P : *Provocate*, tenaga kesehatan harus mengkaji tentang penyebab terjadinya nyeri pada penderita, dalam hal ini perlu dipertimbangkan bagian-bagian tubuh mana yang mengalami cedera termasuk menghubungkan antara nyeri yang diderita dengan factor psikologinya, karena bisa terjadinya nyeri hebat karena dari faktor psikologis bukan dari lukanya.
- 2) Q : *Quality*, kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien ditusuk, terbakar, sakit nyeri dalam atau superfisial, atau bahkan seperti digencet.
- 3) R : *Region*, untuk mengkaji lokasi, tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan semua bagian/daerah yang dirasakan tidak nyaman. Untuk melokalisasi lebih spesifik maka sebaiknya tenaga kesehatan meminta penderita untuk menunjukkan daerah yang nyerinya minimal sampai kearah nyeri yang sangat. Namun hal ini akan sulit dilakukan apabila nyeri yang dirasakan bersifat menyebar atau difuse.

- 4) *S : Severe*, tingkat keparahan merupakan hal yang paling subjektif yang dirasakan oleh penderita, karena akan diminta bagaimana kualitas nyeri, kualitas nyeri harus bisa digambarkan menggunakan skala yang sifatnya kuantitas.
- 5) *T : Time*, tenaga kesehatan mengkaji tentang awitan durasi dan rangkaian nyeri. Perlu ditanyakan kapan dimulai muncul adanya nyeri, berapa lama menderita, seberapa sering untuk kambuh dll.(Judha, Sudarti, & Fauziah, 2012)

f. Bentuk Nyeri

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, tersembunyi |
| 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 atau bervariasi |
| prognosis | Baik dan mudah dihilangkan | Penyembuhan total umumnya tidak terjadi |

Sumber : (Haswita, 2017)

g. Pengukuran Intensitas Nyeri

1) Skala nyeri menurut Hayward

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

2) Skala nyeri menurut Mc. Gill

Pengukuran intensitas nyeri menurut Mc. Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan. 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

Pengukuran intensitas nyeri ini dilakukan dengan cara 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, 2017)

h. Penilaian respon intensitas nyeri

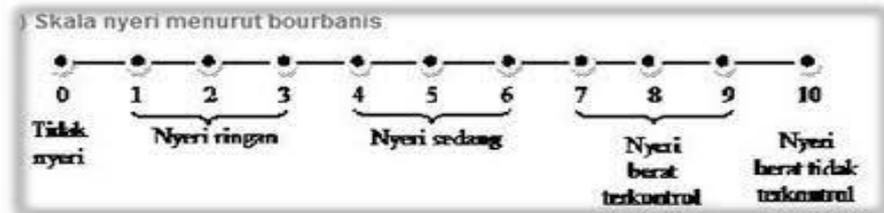
Intesitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian nyeri akut pada post sectio caesarea sama dengan nyeri pada umumnya. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 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 2.1 Skala nyeri



Sumber (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Keterangan : 0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan (secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distraksi.

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Konsep Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. (Mulyanti, 2017)

Pengkajian pada pasien *cephalgia* menggunakan pengkajian mengenai nyeri akut meliputi ; identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan , menggunakan PQRST, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga. Pengkajian mendalam terhadap nyeri yaitu, perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. (Sonniah Haryani, 2018)

Menurut teori (Doenges, 1999), data dasar pengkajian yang mungkin dapat diberikan pada klien dengan *cephalgia* adalah sebagai berikut:

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : lelah, letih, malaise, keterbatasan akibat keadaan, ketegangan mata, kesulitann membaca, lemah, insomnia, bangun pada pagi hari dengan disertai nyeri kepala, sakit kepala yang hebat pada saat perubahan postur tubuh, aktivitas (kerja) atau karena perubahan cuaca.

2) Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi

Tanda : hipertensi, denyut vaskuler misalnya daerah temporal, pucat, wajah tampak kemerahan.

3) Integritas/ego

Gejala : faktor-faktor stres emosional/lingkungan tertentu, perasaan ketidakmampuan, keputusasaan, ketidakberdayaan, depresi.

Tanda : kekhawatiran (takut akan sesuatu yang akan terjadi). Ansietas, peka rangsangan selama sakit kepala, mekanisme resip/defensif(sakit kepala kronis)

4) Makanan/cairan

Gejala : makanan yang tinggi kandungan vasokatifnya, misalnya: kafein, coklat, bawang, keju, alkohol, anggur, advokat, MSG, saus, hotdog, daging, tomat, makanan berlemak.

Tanda : mual/muntah, anoreksia(selama nyeri), penurunan berat badan.

5) Neurosensori

Gejala : pening, disorientasi (selama sakit kepala), tidak mampu berkonsentrasi, riwayat kejang, cedera kepala yang baru terjadi, stroke, infeksi intrakranial, kraniotomi.

Tanda : perubahan dalam pola bicara/proses berpikir, mudah terangsang, peka terhadap stimulus, penurunan refleks tendon dalam.

6) Nyeri/kenyamanan

Gejala : respon emosional/perilaku tak terarah seperti menagis dan gelisah.

7) Interaksi sosial

Gejala : perubahan dalam tanggung jawab peran/interaksi sosial yang berhubungan dengan penyakit.

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI T. S., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017).

Diagnosis keperawatan pada masalah nyeri dan kenyamanan, dalam buku standar diagnosis keperawatan indonesia (PPNI T. S., Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017) yaitu:

- 1) Gangguan rasa nyaman
- 2) Ketidaknyamanan pasca partum
- 3) Nausea
- 4) Nyeri akut
- 5) Nyeri kronis
- 6) Nyeri melahirkan

Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan Nyeri dan Kenyamanan

| No. | Diagnosis | Penyebab/faktor resiko | Tanda dan Gejala | | Kondisi klinis terkait |
|-----|--|--|--|--|--|
| | | | Mayor | Minor | |
| 1. | <p>Gangguan rasa nyaman (D.0074)</p> <p>Definisi : perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social</p> | <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gejala penyakit Kurang pengendalian situasional/lingkungan Ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, sosial, dan pengetahuan) Kurangnya privasi Gangguan stimulus lingkungan Efek samping terapi (mis. medikasi, radiasi, kemoterapi) Gangguan adaptasi kehamilan | <p>Subjektif: Mengeluh tidak nyaman</p> <p>Objektif: Gelisah</p> | <p>Subjektif: Mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.</p> <p>Objektif: Menunjukkan gejala distress, tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, iritabilitas</p> | <ol style="list-style-type: none"> Penyakit kronis Keanasan Distress psikologi kehamilan |
| 2. | <p>Ketidaknyamanan pasca partum (D.0075)</p> <p>Definisi: Perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan</p> | <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> Trauma perineum selama persalinan dan kelahiran Involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula Pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI Kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan Ketidaktepatan posisi duduk Faktor budaya | <p>Subjektif: Mengeluh tidak nyaman</p> <p>Objektif: Tampak meringis, terdapat kontraksi uterus, luka episiotomy, payudara bengkak</p> | <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif: Tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, berkeringat berlebih, menangis/merintih, hemoroid</p> | <ol style="list-style-type: none"> Kondisi pasca persalinan |
| 3. | Nausea | Penyebab: | Subjektif: | Subjektif: | <ol style="list-style-type: none"> Meningitis |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| | <p>(D.0076)</p> <p>Definisi : Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan biokimiawi (mis. uremia, ketoasidosis diabetik) 2. Gangguan pada esophagus 3. Distensi lambung 4. Iritasi lambung 5. Gangguan pancreas 6. Peregangan kapsul limpa 7. Tumor terlokalisasi (mis. neuroma akustik, tumor otak primer atau sekunder, metastasis tulang di dasar tengkorak) 8. Peningkatan tekanan intrabdominal (mis. keganasan intraabdomen) 9. Peningkatan tekanan intracranial 10. Peningkatan tekanan intraorbital (mis. glaukoma) 11. Mabuk perjalanan 12. Kehamilan 13. Aroma tidak sedap 14. Rasa makanan/minuman yang tidak enak 15. Stimulus penglihatan tidak menyenangkan 16. Faktor psikologis (mis. kecemasan, ketakutan, stres) 17. Efek agen farmakologis 18. Efek toksin | <p>Mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan</p> <p>Objektif: -</p> | <p>Merasa asam dimulut, sensai panas/dingin, sering menelan</p> <p>Objektif: Saliva meningkat, pucat, diaphoresis, takikardi, pupil dilatasi</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Labirinitis 3. Uremia 4. Ketoasidosis diabetik 5. Ulkus peptikum 6. Penyakit esophagus 7. Tumor intra abdomen 8. Penyakit meniere 9. Neuroma akustik 10. Tumor otak 11. Kanker 12. laukoma |
| 4. | <p>Nyeri akut (D.0077)</p> | <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, | <p>Subjektif: Mengeluh nyeri</p> | <p>Subjektif:-</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| | <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> | <p>iskemia, neoplasma)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) | <p>Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur</p> | <p>Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. glaukoma |
| 5. | <p>Nyeri kronis (D.0078)</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari</p> | <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab 2. Kondisi muskuloskeletal kronis 3. Kerusakan sistem saraf 4. Penekanan saraf 5. Infiltrasi tumor 6. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor 7. Gangguan imunitas (mis. neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster) 8. Gangguan fungsi metabolik 9. Riwayat posisi kerja statis 10. Peningkatan indeks masa tubuh 11. Kondisi pasca trauma | <p>Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi</p> <p>Objektif: Tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas</p> | <p>Subjektif: Merasa takut mengalami cedera</p> <p>Objektif: Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi kronis (mis. Arthritis rheumatoid) 2. Infeksi 3. Cedera medulla spinalis 4. Kondisi pasca trauma 5. tumor |

| | | | | | |
|----|--|--|---|--|----------------------|
| | 3 bulan | 12. Tekanan emosional 13. Riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual) 14. Riwayat penyalahgunaan obat/zat | | | |
| 6. | Nyeri melahirkan (D.0079) Definisi: Pengalaman sensorik dan emosional yang bervariasi dari menyenangkan sampai tidak menyenangkan yang berhubungan dengan persalinan | Penyebab: 1. Dilatasi serviks 2. Pengeluaran janin | Subjektif: Mengeluh nyeri, perineum terasa tertekan Objektif: Ekspresi wajah meringis, berposisi meringankan nyeri, uterus teraba membulat | Subjektif: Mual, nafsu makan menurun/meningkat Objektif: Tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, ketegangan otot meningkat, pola tidur berubah, fungsi berkemih berubah, diaphoresis, gangguan perilaku, pupil dilatasi, muntah, fokus pada diri sendiri | 1. Proses persalinan |

Sumber: (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2017)

c. 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.

Table 2.3 Intervensi Keperawatan Nyeri dan Kenyamanan

| Diagnosis | Intervensi Utama | Intervensi pendukung |
|----------------------|--|---|
| Gangguan rasa nyaman | <p>1. Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respon nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>2. Pengaturan Posisi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tempatkan pada matras atau tempat tidur terapeutik yang tepat | <ol style="list-style-type: none"> Dukungan hipnosis diri Dukungan pengungkapan kebutuhan Edukasi aktivitas/istirahat Edukasi efek samping obat Edukasi keluarga: Manajemen nyeri Edukasi kemoterapi Edukasi kesehatan Edukasi latihan fisik Edukasi manajemen stres Edukasi manajemen nyeri Edukasi penyakit Edukasi perawatan kehamilan Edukasi perawatan perineum Edukasi perawatan stoma Edukasi Teknik napas Kompres dingin Kompres panas Konseling Latihan berkemih Latihan eliminasi fekal Latihan pernafasan Latihan rehabilitasi Latihan rentang gerak Manajemen efek samping obat Manajemen hipertermia Manajemen hipotermia Manajemen kenyamanan lingkungan Manajemen kesehatan kerja Manajemen keselamatan lingkungan Manajemen mual Manajemen muntah Manajemen nyeri akut Manajemen nyeri kronis Manajemen nyeri persalinan Manajemen stres Manajemen terapi |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>b. Tempatkan pada posisi terapeutik</p> <p>c. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</p> <p>d. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan</p> <p>e. Sediakan matras yang kokoh atau padat</p> <p>f. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi</p> <p>g. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi Fowler)</p> <p>h. Atur posisi yang menghilangkan drainage</p> <p>i. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat</p> <p>j. Imobilisasi dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat</p> <p>k. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p>l. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung</p> <p>m. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>n. Berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>o. Berikan topangan pada area edema (mis. bantah dibawah lengan dan skrotum)</p> <p>p. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/good lung down)</p> <p>q. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif</p> <p>r. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan</p> <p>s. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>t. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi</p> <p>u. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>v. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>w. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>x. Ubah posisi dengan teknik log roll</p> <p>y. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>z. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi</p> <p>b. Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu</p> <p>3. Terapi Relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi penurunan tingkat energi,</p> | <p>radiasi</p> <p>37. Manajemen trauma perkosaan</p> <p>38. Pemantauan nyeri</p> <p>39. Pemberian obat</p> <p>40. Pencegahan hipertermi keganasan</p> <p>41. Penjahitan luka</p> <p>42. Perawatan amputasi</p> <p>43. Perawatan area insisi</p> <p>44. Perawatan inkontinensia fekal</p> <p>45. Perawatan inkontinensia urine</p> <p>46. Perawatan kehamilan</p> <p>47. Perawatan kenyamanan</p> <p>48. Perawatan pasca persalinan</p> <p>49. Perawatan perineum</p> <p>50. Perawatan rambut</p> <p>51. Perawatan seksio sesaria</p> <p>52. Teknik Latihan penguatan otot dan sendi</p> <p>53. Terapi pemijatan</p> <p>54. Terapi relaksasi</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| | <p>ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <ul style="list-style-type: none"> b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan e. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) | |
| <p>Ketidaknya mananan pasca partum</p> | <p>1. Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik | <ul style="list-style-type: none"> 1. Edukasi manajemen nyeri 2. Edukasi perawatan perineum 3. Edukasi teknik napas 4. Dukungan hipnosis diri 5. Manajemen nyeri persalinan 6. Pemantauan nyeri 7. Perawatan kenyamanan 8. Perawatan paca persalinan 9. Terapi pijatan 10. Terapi relaksasi 11. Yoga |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>2. Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, | |
|--|---|--|

| | | |
|---------------|---|---|
| | <p>meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) | |
| Nausea | <p>1. Manajemen mual</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pengalaman mual b. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis. bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) c. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) d. Identifikasi faktor penyebab mual (mis. pengobatan dan prosedur) e. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) f. Monitor mual (mis. frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) g. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, ketakutan, kelelahan) c. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik d. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna, Jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual c. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak d. Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologi untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Edukasi efek samping obat 3. Edukasi kemoterapi 4. Edukasi manajemen nyeri 5. Edukasi perawatan kehamilan 6. Edukasi teknik napas 7. Manajemen efek samping obat 8. Manajemen kemoterapi 9. Manajemen nyeri 10. Manajemen stress 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intravena 13. Pemberian obat oral 14. Terapi akupresur 15. Terapi akupuntur 16. Terapi relaksasi |

| | | |
|------------|---|--|
| | <p>2. Manajemen muntah</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik muntah (mis. warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) b. Periksa volume muntah c. Identifikasi riwayat diet (mis. makanan yang disukai, tidak disukai, dan budaya) d. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis. pengobatan dan prosedur) e. Identifikasi kerusakan esofagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama f. Monitor efek manajemen muntah secara menyeluruh g. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara, dan simulasi visual yang tidak menyenangkan) b. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis. kecemasan, ketakutan) c. Atur posisi untuk mencegah aspirasi d. Pertahankan kepatenan jalan napas e. Bersihkan mulut dan hidung f. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala) g. Berikan kenyamanan selama muntah (mis. kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih) h. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah b. Anjurkan memperbanyak istirahat c. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu | |
| Nyeri akut | <p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri. c. Identifikasi respon nyeri nonverbal d. Identifikasi faktor yang memperberat | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi efek |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>dan memperingan nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. i. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur. d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. b. Jelaskan strategi meredakan nyeri. c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. <p>2. Pemberian analgesik</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) b. Identifikasi riwayat alergi obat c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik e. Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu b. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum c. Tetapkan target efektivitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien d. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan | <p>samping obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Edukasi manajemen nyeri 6. Edukasi proses penyakit. 7. Edukasi teknik napas 8. kompres dingin 9. Kompres panas 10. Konsultasi 11. Latihan pernapasan 12. Manajemen efek samping obat 13. Manajemen kenyamanan lingkungan. 14. Manajemen medikasi. 15. Manajemen sedasi 16. Manajemen terapi radiasi. 17. Penentuan nyeri. 18. Pemberian obat. 19. Pemberian obat intravena. 20. Pemberian obat oral. 21. Pemberian obat topikal. 22. Pengaturan posisi. 23. Perawatan amputasi. 24. Perawatan kenyamanan. 25. Teknik distraksi. 26. Teknik imajinasi terbimbing. 27. Terapi akupresur. |
|--|--|---|

| | | |
|---------------------|---|---|
| | <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</p> | |
| Nyeri kronis | <p>a. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri.</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> <p>b. Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak)</p> <p>b. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya</p> <p>c. Identifikasi masalah emosional dan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Manajemen terapi radiasi 3. Dukungan hipnosis diri 4. Dukungan pengungkapan kebutuhan 5. Dukungan koping keluarga 6. Dukungan meditasi 7. Edukasi aktivitas/istirahat 8. Edukasi efek samping obat 9. Edukasi kemoterapi 10. Edukasi kesehatan 11. Edukasi manajemen stress 12. Edukasi manajemen nyeri 13. Edukasi perawatan stoma 14. Edukasi proses penyakit 15. Edukasi teknik napas 16. Kompres dingin 17. Kompres panas 18. Konsultasi 19. Latihan pernapasan 20. Latihan rehabilitasi 21. Manajemen efek samping obat 22. Manajemen kenyamanannya lingkungan 23. Manajemen stress 24. Pemantauan nyeri 25. Pemberian analgesic 26. Pemberian obat intravena 27. Pemberian obat oral 28. Pemberian obat topical 29. Pengaturan posisi 30. Perawatan amputasi 31. Promosi koping 32. Teknik distraksi 33. Teknik imjinasi terbimbing 34. Teknik imjinasi terbimbing 35. Terapi akupresur |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>spiritual</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan posisi yang nyaman Berikan kompres dingin atau hangat Ciptakan lingkungan yang nyaman Berikan pemijatan Berikan terapi akupresur Berikan terapi hypnosis Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan Ajarkan terapi relaksasi Ajarkan latihan pernapasan Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritas, antihistamin, jika perlu <p>c. Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi Gunakan pakaian longgar Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih Anjurkan mengambil posisi nyaman | <ol style="list-style-type: none"> 36. Terapi akupuntur 37. Terapi bantuan hewan 38. Terapi humor 39. Terapi murattal 40. Terapi music 41. Terapi pemijatan 42. Terapi sentuhan 43. Transcutaneous elektrikal nerve stimulation (TENS) 44. Yoga |
|--|--|--|

| | | |
|-------------------------|--|---|
| | <p>d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p> | |
| Nyeri melahirkan | <p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri.</p> <p>c. Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</p> <p>g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri.</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur.</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi:</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>b. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p> <p>2. Pengaturan posisi</p> <p>Observasi:</p> <p>a. Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>b. Monitor alat traksi agar selalu tepat</p> <p>Terapeutik:</p> <p>a. Tempatkan pada matras atau tempat</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hipnosis 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Edukasi aktivitas/istirahat 5. Edukasi latihan fisik 6. Edukasi efek samping obat 7. Edukasi manajemen stress 8. Edukasi manajemen nyeri 9. Edukasi pemeriksaan ultrasonografi obstetric 10. Edukasi penyakit 11. Edukasi perawatan perineum 12. Edukasi teknik napas 13. Fasilitasi hypnosis diri 14. Fasilitasi pengungkapan kebutuhan 15. Latihan pernafasan 16. Manajemen efek samping obat 17. Manajemen kenyamanan lingkungan 18. Manajemen stress 19. Pemantauan nyeri 20. Pemberian obat 21. Penjahitan luka 22. Perawatan inkontinensial urin 23. Perawatan kenyamanan 24. Perawatan pascapersalinan 25. Perawatan perineum 26. Perawatan pra seksiosesaria 27. Teknik distraksi 28. Teknik imajinasi terbimbing 29. Perapi akupresur 30. Terapi akupuntur 31. Terapi bantuan hewan 32. Terapi murattal |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>tidur terapeutik yang tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Tempatkan pada posisi terapeutik c. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan d. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan e. Sediakan matras yang kokoh atau padat f. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi g. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi Fowler) h. Atur posisi yang menghilangkan drainage i. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat j. Imobilisasi dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat k. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat l. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung m. Tinggikan tempat tidur bagian kepala n. Berikan bantal yang tepat pada leher o. Berikan topangan pada area edema (mis. bantah dibawah lengan dan skrotum) p. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/good lung down) q. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif r. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan s. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri t. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi u. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka v. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi w. Ubah posisi setiap 2 jam x. Ubah posisi dengan teknik log roll y. Pertahankan posisi dan integritas traksi z. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi b. Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu | <ol style="list-style-type: none"> 33. Terapi music 34. Terapi pemijatan 35. Terapi sentuhan 36. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) 37. Yoga |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>3. Terapi relaksasi</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan c. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya d. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan e. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan b. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi c. Gunakan pakaian longgar d. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) b. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih c. Anjurkan mengambil posisi nyaman d. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi e. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih f. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) | |
|--|--|--|

Sumber : (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2016).

e. 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 & Pertami, 2016).

Tujuan evaluasi keperawatan adalah:

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

Tabel 2.4 Standar Luaran Keperawatan Nyeri dan Kenyamanan

| No | Diagnosis Keperawatan | Kriteria Hasil |
|----|---|---|
| 1. | Gangguan rasa nyaman (Status kenyamanan) Definisi: Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, social, budaya dn lingkungan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun 3. Merintih menurun 4. Pola tidur membaik |
| 2. | Ketidaknyamanan pasca partum (Status kenyamanan pascapartum) Definisi: Perasaan nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketuban tidak nyaman menurun 2. Meringis menurun 3. Luka episiotomy menurun 4. Kontraksi uterus menurun 5. Kontraksi uterus menurun 6. Payudara bengkak menurun |
| 3. | Nausea: (Tingkat nausea) Definisi: Perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Keluhan mual menurun 3. Perasaan ingin muntah menurun 4. Pucat membaik 5. Takikardi membaik 6. Dilatasi pupil membaik |
| 4. | Nyeri akut (Tingkat nyeri) Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik |
| 5. | Nyeri kronis | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun |

| | | |
|----|--|--|
| | (Tingkat nyeri) Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. | 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik |
| 6. | Nyeri melahirkan (Tingkat nyeri) Definisi : Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. | 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik |

Sumber: (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian

Cephalgia adalah istilah medis dari nyeri kepala atau sakit kepala. *Cephalgia* berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu *cephalo* dan *algos*. *Cephalo* memiliki arti kepala, sedangkan *algos* memiliki arti nyeri. Nyeri kepala atau *Cephalgia* adalah suatu rasa nyeri atau rasa yang tidak enak pada daerah kepala, termasuk meliputi daerah wajah, tengkuk dan leher. (Perdana, Syarie, & Hendra, 2020)

Nyeri kepala merupakan keluhan pasien yang paling umum diungkapkan di seluruh dunia. Nyeri kepala adalah nyeri yang dirasakan di bagian kepala atau disebut juga *sefalgia*. Berdasarkan gambaran anatomi, nyeri kepala adalah nyeri yang dirasakan di atas garis orbito-meatal dan belakang kepala, tidak termasuk nyeri di area orofasial, seperti hidung, sinus, rahang, sendi temporomandibular, dan telinga. (Sonniah Haryani, 2018)

2. Etiologi

Nyeri kepala bisa disebabkan oleh berbagai factor, nyeri kepala dapat disebabkan oleh stress, dehidrasi, anemia, hipotensi, dll. Sedangkan untuk

nyeri kepala yang disertai dengan pilek dan bersin-bersin dapat disebabkan oleh *common cold* (infeksi virus), *influenza* (infeksi virus), *sinusitis* (infeksi rongga udara/ sinus di hidung) atau *rhinitis alergi* (radang rongga hidung). (Kurniawan, 2016)

Kebanyakan nyeri kepala terutama disebabkan oleh stress. Masalah, tugas yang banyak dapat mengakibatkan seseorang stress sehingga dapat menimbulkan nyeri kepala. Selain itu didapatkan juga nyeri kepala karena gejala flu dan kurang tidur. (Kurniawan, 2016).

Menurut (Papdi, 2012) penyebab *Chepalgia* sering berkembang dari sejumlah faktor resiko yang umumnya sebagai berikut :

- a. Penggunaan obat yang berlebihan
Menggunakan terlalu banyak obat dapat menyebabkan otak ke sebuah keadaan tereksasi, yang dapat memicu sakit kepala. Penggunaan obat yang berlebihan dapat menyebabkan rebound sakit kepala (tambah parah setiap diobati).
- b. Stress
Stress adalah pemicu yang paling umum untuk sakit kepala, termasuk sakit kepala kronis. Stress menyebabkan pembuluh darah di otak mengalami penegangan sehingga menyebabkan sakit kepala.
- c. Masalah tidur
Kesulitan tidur merupakan faktor resiko umum untuk sakit kepala. Karena hanya sewaktu tidur kerja seluruh tubuh termasuk otak dapat beristirahat pula.
- d. Kegiatan berlebihan
Kegiatan atau pekerjaan yang berlebihan dapat memicu datangnya sakit kepala, termasuk hubungan seks. Kegiatan yang berlebihan dapat membuat pembuluh darah di kepala dan leher mengalami pembengkakan.
- e. Kafein
kafein telah ditunjukkan untuk meningkatkan efektifitas ketika ditambahkan ke beberapa obat sakit kepala. Sama seperti obat sakit

kepala berlebihan dapat memperburuk gejala sakit kepala, kafein yang berlebihan juga dapat menciptakan efek rebound (tambah parah setiap kali diobati)

f. Rokok

Rokok merupakan faktor resiko pemicu sakit kepala. Kandungan nikotin dalam rokok dapat membuat pembuluh darah menyempit.

g. Alkohol

Alkohol menyebabkan peningkatan aliran darah ke otak. Sama seperti rokok, alkohol juga merupakan faktor resiko umum penyebab sakit kepala.

h. Penyakit atau infeksi seperti meningitis (infeksi selaput otak), saraf terjepit di leher atau bahkan tumor.

3. Patofisiologi

Nyeri kepala terjadi karena beberapa faktor yaitu trauma dan non trauma. Trauma terjadi karena benda tumpul dan tajam yang mengakibatkan ekstrakranial dan intrakranial. Dari ekstrakranial mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot sehingga menimbulkan perdarahan dan gangguan suplai darah. Dari perdarahan mengakibatkan peningkatan TIK sehingga menimbulkan *chealgia*, dari tanda dan gejala tersebut maka muncul masalah keperawatan nyeri. Sedangkan dari gangguan suplai darah mengakibatkan penekanan jaringan otot sehingga menimbulkan hipoksia lalu muncul masalah keperawatan ketidakseimbangan jaringan otak. *Chealgia* selain menyebabkan nyeri juga dapat menyebabkan disfungsi otak yang mengakibatkan kerusakan syaraf motorik sehingga muncul masalah keperawatan risiko jatuh. Dari peningkatan TIK menimbulkan gejala mual muntah, pandangan kabur dan penurunan fungsi sehingga muncul masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan.

Non trauma terjadi karena beban pikiran atau stress sehingga mengalami peningkatan hormon kortisol dan menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah sehingga aliran darah berkurang yang menyebabkan terhambatnya oksigen dan menumpuknya hasil metabolisme yang

akhirnya akan menyebabkan nyeri dan gangguan pola tidur. (Soemarno, 2009)

Nyeri kepala diyakini berkaitan dengan kontriksi dan dilatasi arteri intra dan ekstrakranial. Selama serangan migrain, diduga terjadi kelainan biokimiawi tertentu yang meliputi perembesan setempat vasodilator polipeptid yang dinamakan neurokinin melalui dinding arteri yang melebar dan penurunan faktor serotonin dalam plasma.

Nyeri kepala dapat memancar dari struktur yang peka terhadap rasa nyeri seperti kulit, kulit kepala, otot, arteri, dan vena, nervus kranialis V, VII, IX, X, atau nervus servikalis 1,2, dan 3. Mekanisme intrakranial timbulnya sakit kepala meliputi traksi atau pergeseran arteri, sinus venosus, atau pembuluh vena, dan proses inflamasi atau penekanan langsung pada nervus kranialis yang mengandung serabut aferen rasa nyeri (Kowalak, Welsh, & Mayer, 2017).

4. Klasifikasi

Secara umum nyeri kepala dapat dibedakan menjadi dua yaitu, nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder

a. Nyeri kepala primer yaitu :

- 1) Migren
- 2) Nyeri kepala tipe tegang
- 3) Klaster

b. Nyeri kepala sekunder merupakan kondisi yang diakibatkan oleh beberapa penyebab lain yaitu :

- 1) Trauma kepala dan leher
- 2) Gangguan vaskularisasi kranial dan servikal
- 3) Gangguan intrakranial non-vaskular
- 4) Penggunaan obat maupun putus obat
- 5) Infeksi
- 6) Gangguan homeostasis,
- 7) Gangguan psikiatrik. (Sonniah Haryani, 2018)

5. Manifestasi klinis

Menurut (Harsono, 2015) manifestasi klinis *cephalgia* adalah sebagai berikut :

a. Migren

Migren merupakan nyeri kepala vaskular yang paroksismal dan berulang, berlangsung 2-72jam, serta bisa bebas dari nyeri kepala dan kelainan neurologik antar serangan dan sering ada faktor genetik.

b. Nyeri kepala tegang otot (*Tension Headache*)

Nyeri kepala tegang otot merupakan nyeri kepala yang timbul karenakontraksi terus menerus otot-otot kepala dan tengkuk.Nyeri kepala yangtimbul akibat kontraksi terus menerus otot-otot kepala dan tengkuk karenaketegangan jiwa, misalnya kecemasan kronik atau depresi:nyeri kepalakontraksi/tegangan otot primer, atau karena rangsangan langsung strukturpeka nyeri, nyeri acuan(referred pain), secara refleks: nyeri kepalakontraksi otot sekunder, misalnya karena perangsanganfisik, kelainanpada mata, THT, leher, gigi dan mulut.

c. Nyeri kepala klaster (*cluster headache*)

Nyeri kepala klaster (cluster headache) merupakan nyeri kepala vaskuleryang juga dikenal sebagai nyeri kepala horton. Nyeri kepala yangdirasakan sisi biasanya hebat seperti ditusuk-tusuk pada separuh kepalaseperti disekitar dibelakang atau didalam bola mata, pipi, lubang hidung,langit-langit, gusi, dan menjalar ke frontal, temporal sampai oksiput. Nyeri kepala ini lebih sering ditemukan pada laki-laki daripada wanitadengan perbandingan 5 : 1, biasanya timbul pada umur 20-40 tahun danakan berkurang pada umur 60-65 tahun. Serangan terjadi pada waktuwaktu tertentu, biasanya dini hari menjelang pagi dan akanmembeangunkan penderita dari tidurnya karena nyeri. Sedangkan factorpencetus adalah makanan atau minumam yang mengandung alkohol.

6. Tanda dan Gejala

a. Migren

Tanda dan gejala migren adalah serangan nyeri kepala yang timbul secara tiba-tiba dan biasanya unilateral(80%), paroksismal dan rekuren. Nyeri kepala dirasakan seperti berdenyut, menusuk-nusuk, dan rasa kepala mau pecah. Selain itu gejala prodrom atau aura yang dapat terjadi bersamaan atau mendahului serangan migren, adalah sebagai berikut :

- 1) Fenomena visual positif (penglihatan berkunang-kunang seperti melihat kembang api, bulatan-bulatan terang kecil yang melebar sampai gejala fortifikasi yang berupa gambarran benteng dari atas).
- 2) Fenomena visual negatif (penglihatan semakin kabur, seperti berawan sampai semuanya tampak gelap). Anoreksia, mual, muntah, diare, takut cahaya, dan/atau kelainan otonomi lainnya. (Harsono, 2015)

b. Nyeri kepala tegang otot (*Tension Headache*)

Menurut (Harsono, 2015) gejala klinis dari nyeri kepala tegang otot (*tension headache*) adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri kepala dirasakan seperti kepala berat
- 2) Pegal, seperti diikat tali yang melingakari kepala, kencang dan menekan
- 3) Kadang-kadang disertai nyeri kepala yang berdenyut.
- 4) Mual
- 5) Kadang-kadang muntah
- 6) Lesu
- 7) Sering terbangun menjelang pagi dan sulit tidur kembali
- 8) Perut kembung
- 9) Singultus(cegukan) berlebihan
- 10) Sering flatus (buang angin)
- 11) Berdebar-debar
- 12) Sulit berkonsentrasi
- 13) Cepat marah

c. Nyeri kepala klaster (*cluster headache*)

Menurut (Harsono, 2015) nyeri kepala ini memiliki ciri khas yaitu :

- 1) Mata seisi menjadi merah dan berair
- 2) Konjungtiva bengkak dan merah
- 3) Hidung tersumbang
- 4) Sisi kepala menjadi merah-panas dan nyeri tekan.

7. Penatalaksana Nyeri Kepala

a. Terapi farmakologis

Farmakologis yang dapat membantu mengurangi nyeri kepala ialah olahraga kardio, latihan beban, ataupun peregangan sebanyak dua hingga tiga kali per minggu selama 30 menit; konseling, relaksasi, penanganan stres dan pengaturan aktivitas. Pasien perlu diajak untuk mengerti bahwa terapi non farmakologis juga berperan penting selain terapi farmakologis semata. (Sonniah Haryani, 2018)

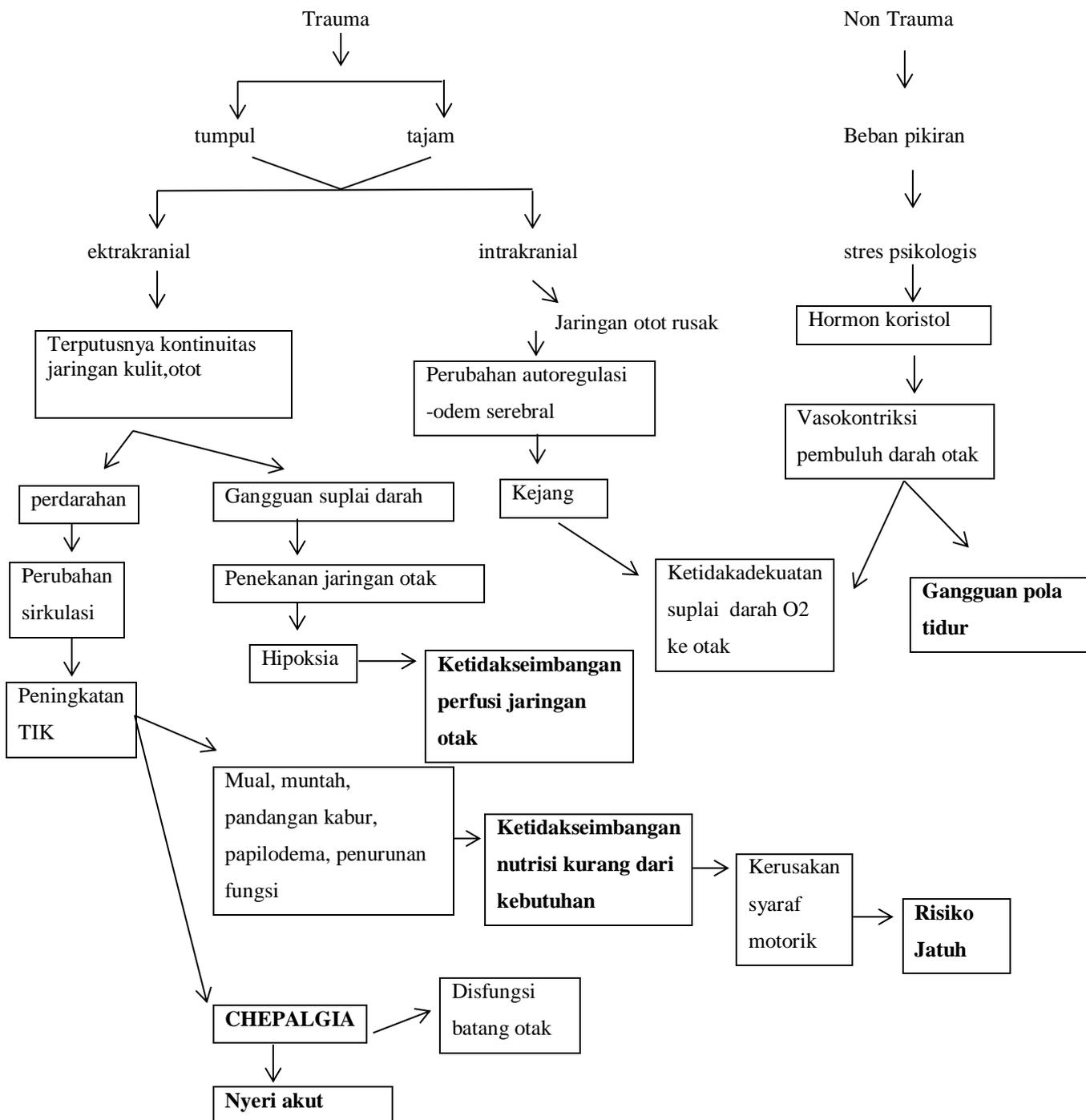
b. Terapi non-farmakologis

Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri yaitu dengan penatalaksanaan nonfarmakologis antara lain menggunakan teknik stimulasi kutaneus (stimulasi kulit), pijat, kompres panas dan dingin, akupunktur, akupresur, nafas dalam, nafas ritmik, mendengarkan musik, distraksi, terapi sentuhan, meditasi dan relaksasi progresif. (Fudori, Inayati, & Immawati, 2021)

c. Pemeriksaan Penunjang

Rontgen kepala, ronsen sinus, pemeriksaan visual, CT scan, MRI, Ekoensefalografi, Elektroensefalografi, Angiografi serebral, HSD, Laju sedimentasi, Elektrolit dan Fungsi lumbal. (Doenges, 1999)

8. Pathway



Gambar 2.3 Pathway Chepalgia

Sumber : (Soemarno, 2009)