

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Konsep dasar kebutuhan manusia dalam buku standar diagnose keperawatan terbagi menjadi 5 kategori diantaranya, fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan. Dalam kategori tersebut, terbagi 14 subkategori kebutuhan dasar manusia, sebagai berikut (Tim Pokja SDKI, 2016) :

1) Kebutuhan fisiologis

1) Respirasi

Kebutuhan respirasi atau oksigenasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang digunakan untuk kelangsungan metabolisme tubuh dalam mempertahankan kelangsungan hidup dan berbagai aktivitas sel tubuh dalam kehidupan sehari-hari. Keberadaan oksigen, secara normal diperoleh dengan cara menghirup oksigen setiap kali bernafas. Oksigen kemudian diedarkan keseluruh jaringan tubuh. Penyampaian oksigen ke jaringan tubuh sangat tergantung dari sistem kardiovaskuler, hematologi, dan keadaan respirasi itu sendiri (Kusnanto, 2016).

2) Sirkulasi

Kebutuhan sirkulasi adalah untuk memenuhi kebutuhan jaringan tubuh, mentranspor produk-produk yang tidak berguna, menghantarkan hormon dari suatu bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain, untuk bertahan hidup dan berfungsi secara optimal (Vita & Fitriana, 2017).

3) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan nutrisi merupakan kebutuhan yang sangat penting dalam membantu proses pertumbuhan dan perkembangan, mengingat manfaat nutrisi dalam tubuh dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan, serta mencegah terjadinya berbagai penyakit akibat kurang nutrisi dalam tubuh (Kusnanto, 2016).

Kebutuhan cairan sangat dibutuhkan dalam tubuh untuk mengangkut zat makanan ke dalam sel, sisa metabolisme, zat pelarut elektrolit, memelihara suhu tubuh, mempermudah eliminasi dan membantu pencernaan (Kusnanto, 2016).

4) Eliminasi

Kebutuhan Eliminasi merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme, sehingga apabila hal tersebut terganggu maka akan mempengaruhi keseimbangan dalam tubuh dan mengganggu kelangsungan hidup manusia (Tarwoto, 2015).

5) Aktivitas dan Istirahat

Aktivitas dan istirahat merupakan kebutuhan dasar manusia yang diperlukan individu, apabila individu mengalami keterbatasan pada gerak fisik tubuh atau mengalami gangguan mobilitas maka dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat guna mempertahankan kesehatannya (Direja, 2017).

6) Neurosensori

Neurosensori atau adalah kebutuhan dasar manusia yang menerima rangsangan dari luar tubuh untuk disampaikan ke otak. Hal ini memungkinkan otak untuk memberi respons sesuai terhadap rangsangan yang diberikan, seperti membuat kita bisa melihat, mendengar, mengenal bau, dan merasakan sesuatu secara fisik (Kemenkes RI, 2020).

7) Reproduksi dan Seksualitas

Kebutuhan reproduksi dan seksualitas adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik antara kedua individu tersebut, yang mendorong seseorang untuk memperoleh keturunan dan mendukung kualitas hidup secara keseluruhan (Asmadi, 2018).

2) Psikologis

1) Nyeri dan Kenyamanan

Kebutuhan nyeri dan kenyamanan adalah suatu keadaan yang membuat seseorang merasa nyaman, terlindung dari ancaman psikologis, bebas dari rasa sakit terutama nyeri (Purwanto dalam Karendehi, 2015).

2) Integritas Ego

Kebutuhan integritas ego merupakan kemampuan untuk melihat kehidupan diri sendiri dalam konteks manusia yang lebih luas sebagai gabungan dari kesempatan menjadi pribadi dan bagian dari sejarah yang seluruhnya berperan penting bagi ketenangan dan kepuasan yang mengiringi integritas (Berk, 2017).

3) Pertumbuhan dan Perkembangan

Kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan merupakan keinginan seseorang untuk tumbuh dan berkembang, mengalami kemajuan dalam hidupnya, pekerjaan, kemampuan, serta mengaktualisasi diri (Siagian, 2014).

3) Perilaku

1) Kebersihan Diri

Kebutuhan kebersihan diri merupakan kebutuhan seseorang dalam merawat diri sendiri termasuk dalam memelihara kebersihan bagian tubuh seperti rambut, mata, hidung, mulut, gigi, dan kulit (Nurudeen dan Toyin, 2020).

2) Penyuluhan dan Pembelajaran

Kebutuhan penyuluhan dan pembelajaran merupakan kebutuhan seseorang untuk mencapai perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara kesehatan, berperan aktif mewujudkan kesehatan yang optimal sesuai hidup sehat baik fisik, mental dan sosial, juga menambah pemahaman dan pengetahuan terhadap kesehatan (Haswita & Reni Sulistyowati, 2017).

4) Relasional

1) Interaksi Sosial

Kebutuhan interaksi sosial adalah kebutuhan dasar manusia dalam hubungan timbal balik berupa aksi saling memengaruhi antarindividu, individu dengan kelompok, dan antarkelompok. Dalam hubungan ini, individu atau kelompok dapat saling bekerjasama atau bahkan berkonflik secara formal maupun informal, langsung maupun tidak langsung sebagai bentuk interaksi (Mahmudah, 2018).

5) Lingkungan

1) Keamanan dan Proteksi

Pada kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan tersebut dibagi menjadi dua, yaitu perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Pada perlindungan fisik, meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Sedangkan, perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing (Haswita dan Sulistyowati, 2017).

2. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respons individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar dari perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis dan lain-lain (Sutanto & Fitriana, 2022).

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. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri:

- 1) Wolf Weifsel Feurst : nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 2) Mc. Coffery : mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 3) Arthur C. Curton : mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum, mengartikan bahwa nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat & Uliyah, 2014).

b. Teori Nyeri

1. Teori pemisahan (Specificity Theory)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

2. Teori pola (Teori Pola)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar gangliondorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

3. Teori pengendalian (Gate Control Theory)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansi gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansi gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

4. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik (Haswita & Sulistyowati, 2017).

c. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi.

- 1) Transduksi adalah proses dimana stimulus noxius diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait.
- 2) Transmisi, dalam proses ini terlibat tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus.
- 3) Proses ketiga adalah modulasi yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri.
- 4) Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas (Haswita & Sulistyowati, 2017).

d. Klasifikasi Nyeri

1. Jenis Nyeri

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

a. Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- 1) Nyeri superfisial : Rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.
- 2) Nyeri viseral : rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
- 3) Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.

b. Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medulla spinalis, batang otak dan thalamus.

c. Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena factor psikologi.

2. Bentuk Nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

Tabel 2.1
Perbedaan antara nyeri akut dan nyeri kronik

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Factor eksterbal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi
Gejala klinis	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 dan Sulistyowati, 2017).

e. Pengukuran Intensitas Nyeri

1. Skala nyeri menurut Hayward

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

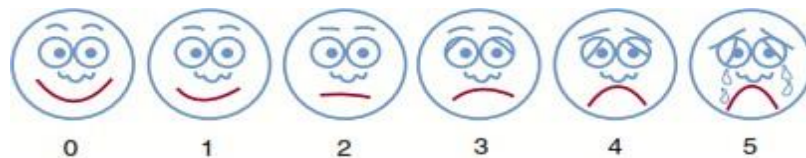
Tabel 2.2
Skala Nyeri Menurut Hayward

Skala	Keterangan
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-9	Nyeri berat terkontrol
10	Nyeri berat tidak terkontrol

(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

2. Skala wajah atau *wong-boker FACE rating scale*

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang.



Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.

Gambar 2.1 Skala Nyeri
(Sumber : Haswita & Sulistyowati, 2017).

f. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

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

2. Jenis kelamin

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

3. Kebudayaan

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

4. Makna Nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5. Perhatian

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

6. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Pola bangkitan otonom adalah sama dalam nyeri dan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

7. Pengalaman Terdahulu

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

8. Gaya Koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mendukung klien dan menurunkan nyeri klien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang klien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesen dirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa.

9. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Kehadiran orangtua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri (Sumber: Haswita dan Sulistyowati, 2017).

g. Penyakit yang berhubungan dengan nyeri akut

Nyeri akut paling sering terjadi ketika seseorang mengalami trauma tumpul, misalnya benturan. Bagian yang terbentur akan terasa sakit secara tiba-tiba, tapi bisa hilang dengan cepat. Beberapa hal lain yang dapat menyebabkan nyeri akut, diantaranya:

- 1) Sakit gigi
- 2) Keseleo
- 3) Infeksi pada luka
- 4) Luka Bakar
- 5) Persalinan
- 6) Tergelincir dan jatuh
- 7) Kram menstruasi
- 8) Cedera kepala

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Secara umum, pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data mengenai biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial, dan pemeriksaan fisik (Andarmoyo,S. 2016).

- a. Identitas dan biodata pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan) meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor RM, diagnosis medis, dan alamat pasien
- b. Identitas penanggung jawab meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien, dan alamat.
- c. Keluhan utama

Terjadi penurunan kesadaran, letargik, mual dan muntah, nyeri kepala, wajah tidak simetris, lemah sulit beristirahat, sulit mencerna dan menelan makanan (Wijaya & Putri,2013)

d. Riwayat kesehatan sekarang

Adanya penurunan kesadaran, letargik, mual dan muntah, nyeri kepala, wajah tidak simetris, lemah, perdarahan, fraktur, hilang keseimbangan, amnesia seputar kejadian, sulit beristirahat, kesulitan mendengar, mengecap, dan mencium bau, sulit menelan atau mencerna makanan (Wijaya & Putri, 2013).

e. Riwayat kesehatan dahulu.

Pasien pernah mengalami penyakit sistem persyarafan, riwayat cedera masa lalu, riwayat penyakit pernafasan dan metabolisme (Wijaya & Putri, 2013).

f. Pemeriksaan fisik

Menurut Kartikawati (2013), Wijaya & Putri (2013) pemeriksaan fisik cedera kepala meliputi :

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien dapat dilakukan pengkajian dengan 3 kriteria, yaitu ringan, sedang, berat.

a. Ringan : terdiri dari kesadaran penuh, tanda tanda vital stabil, pemenuhan kebutuhan mandiri.

b. Sedang : terdiri dari kesadaran penuh sampai dengan apatis, tanda-tanda vital stabil, pemenuhan kebutuhan dibantu sebagian atau sepenuhnya

c. Berat : terdiri dari kesadaran penuh sampai dengan samnolen, tanda tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, melakukan tindakan pengobatan yang intensif.

2) Pemeriksaan kepala

Terjadi ketidaksimetrisan, edema pada wajah.

3) Pemeriksaan mulut dan faring

Terjadi ketidaksimetrisan, sulit menelan makanan.

4) Pemeriksaan paru

Perubahan pola nafas, nafas berbunyi, tersedak, irama, frekuensi, kedalaman, bunyi nafas ronkhi.

- 5) Pemeriksaan abdomen
Konstipasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen
- 6) Sistem perkemihan
Meliputi disuria (nyeri saat berkemih)
- 7) Pemeriksaan anggota gerak
Nyeri berat terjadi tiba-tiba atau bahkan terlokalisasi pada area jaringan yang dapat mempengaruhi mobilisasi.

g. Pemeriksaan penunjang atau diagnostic

Data hasil tes diagnostik sangat dibutuhkan karena lebih objektif dan lebih akurat. Misalnya untuk menentukan status nutrisi pada pasien anemia dapat diketahui melalui pemeriksaan hemoglobin dan albumin. Indikasi adanya infeksi dengan pemeriksaan leukosit. Tes diagnostik lain misalnya radiologi, pemeriksaan urine, feses, USG, MRI, dan lain-lain.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah. Manfaat diagnosa keperawatan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan dan gambaran suatu masalah kesehatan dan penyebab adanya masalah (PPNI T.P., 2016).

Tabel 2.3
Diagnosa Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Etiologi	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis
			Tanda Mayor	Tanda Minor	
1.	Nyeri Akut (D.0077) 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.	1. Agen pencederaan fisiologis (mis. Inflasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencederaan kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia, iritan) 3. Agen pencederaan fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	Subjektif 1. Mengeluh nyeri Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	Subjektif - Objektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. Glukoma

(Sumber: Buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, 2016)

3. Intervensi Keperawatan

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

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan mengatasi masalah yang ada. Tujuan terdiri tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Dalam menentukan rencana tindakan keperawatan harus membuat orioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tujuan, merumuskan kriteria hasil dan evaluasi, dan merumuskan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018).

Berikut adalah intervensi untuk pasien dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2.4
Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Intervensi Utama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri 2. Pemberian Analgesik <p>Intervensi Pendukung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan Hipnosis Diri 3. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan 4. Edukasi Efek Samping Obat 5. Edukasi Manajemen Nyeri 6. Edukasi Proses Penyakit 7. Edukasi Teknik Napas 8. Kompres Dingin 9. Kompres Panas 10. Konsultasi 11. Latihan Pernapasan 12. Manajemen Efek Samping Obat 13. Manajemen Kenyamanan Lingkungan 14. Manajemen Medikasi 15. Manajemen Sedasi

		16. Manajemen Terapi Radiasi 17. Pemantauan Nyeri 18. Pemberian Obat 19. Pemberian Obat Intravena 20. Pemberian Obat Oral 21. Pemberian Obat Intravena 22. Pengaturan Posisi 23. Perawatan Amputasi 24. Perawatan Kenyamanan 25. Teknik Distraksi 26. Teknik Imajinasi Terbimbing 27. Terapi Akupresur 28. Terapi Akupunktur 29. Terapi Bantuan Hewan 30. Terapi Humor 31. Terapi Murattal 32. Terapi Musik 33. Terapi Pemijatan 34. Terapi Relaksasi 35. Terapi Sentuhan 36. <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>
--	--	--

(*Sumber: Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018*)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018). Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu sebagai berikut:

1. Observasi
2. Terapeutik
3. Edukasi
4. Kolaborasi
5. Dokumentasi

Tabel 2.5
Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan
Nyeri akut (D.0077)	<p>Pemberian Analgesik (1.08243)</p> <p>Definisi : Menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Mengobservasi riwayat alergi obat - Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri - Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic - Memonitor efektifitas analgesik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendiskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Mempertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Menetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien - Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasikan pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

(Sumber: Buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Evaluasi atau kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Kriteria hasil juga dapat disebut sebagai indikator karena menggambarkan perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan (PPNI T. P., 2018).

Tabel 2.6
Kriteria Hasil

Diagnosa Keperawatan	Luaran Utama	Tujuan dan Kriteria Hasil
Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan	Setelah dilakukan intervensi maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri Menurun (5 – 1) Meringis Menurun (5 – 1) Sikap protektif Menurun (5 – 1) Gelisah Menurun (5 – 1) Kesulitan tidur Menurun (5 – 1) Menarik diri Menurun (5 – 1) Berfokus pada diri sendiri Menurun (5 – 1) Diaforesis Menurun (5 – 1) Perasaan depresi Menurun (5 – 1) Perasaan takut mengalami cedera berulang Menurun (5 – 1) Anoreksia Menurun (5 – 1) Perineum terasa tertekan Menurun (5 – 1) Uterus teraba membulat Menurun (5 – 1) Ketegangan otot Menurun (5 – 1) Pupil dilatasi Menurun (5 – 1) Muntah Menurun (5 – 1) Mual Menurun (5 – 1)

(Sumber: Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018)

C. Konsep Penyakit Cedera Kepala

a. Definisi

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala adalah adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Wijaya & Putri, 2013).

Cedera kepala merupakan istilah luas yang menggambarkan sejumlah cedera yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak, otak, dan jaringan di bawahnya serta pembuluh darah di kepala (Haryono & Utami, 2019).

Menurut Andriessen, Jacobs & Vos (2010) cedera kepala merupakan suatu cedera pada jaringan scalp, tulang tengkorak, atau jaringan otak. Trauma kepala dibagi menjadi trauma kepala ringan, sedang, dan berat menurut Glasgow Coma Scale, dikategorikan trauma kepala ringan apabila GCS 13–15, sedang bila GCS 9–12 dan berat bila GCS ≤ 8 . Semakin berat suatu trauma kepala, semakin tinggi risiko kematian pada pasien (Marbun & Sinuraya, 2020).

b. Etiologi

Beberapa etiologi cedera kepala (Wijaya & Putri, 2013) :

1) Trauma tajam Trauma oleh benda tajam

Menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan local meliputi contusion serebral, hematom serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

2) Trauma tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi) dan kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk, yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau keduanya.

3) Inflamasi

Inflamasi atau peradangan adalah respons alami dari sistem kekebalan tubuh saat sedang melawan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus/bakteri, cedera, atau racun tertentu. Ketika tubuh mengalami cedera atau terinfeksi, sistem kekebalan tubuh akan melepaskan sel inflamasi dan sitokin (zat yang merangsang produksi sel inflamasi).

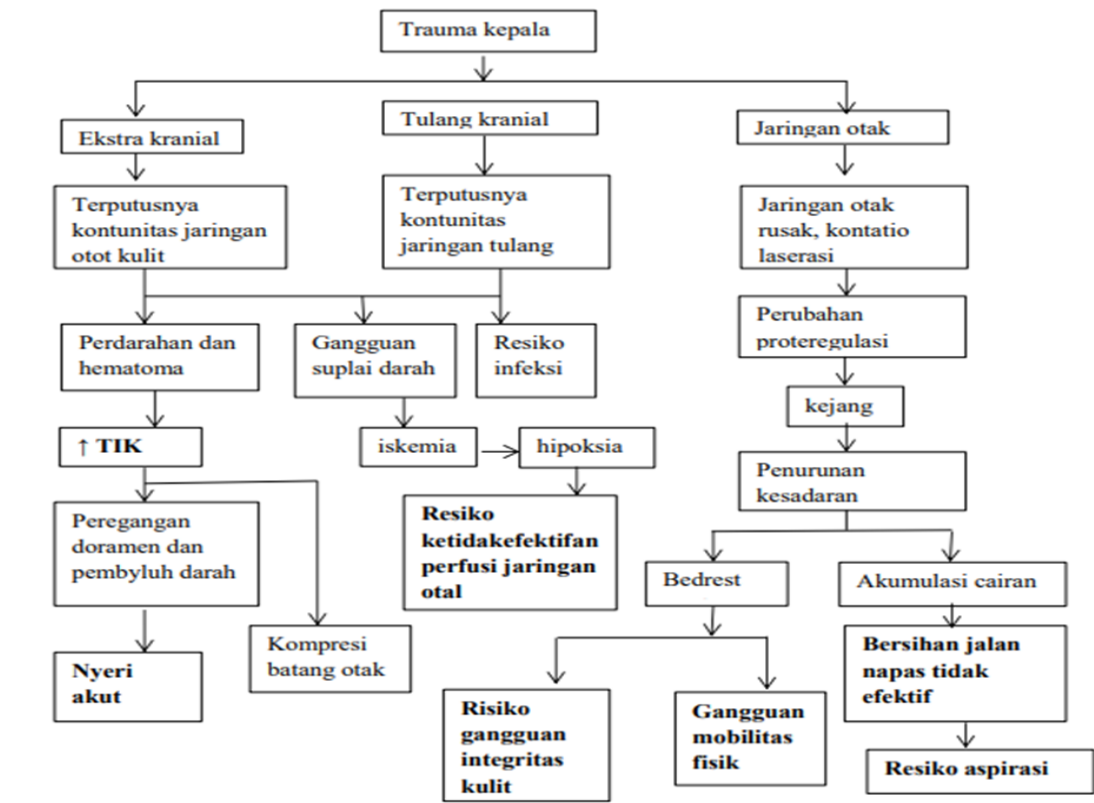
Kemudian, sel-sel tersebut akan memulai respons inflamasi untuk memerangkap bakteri atau patogen penyebab penyakit lainnya dan menyembuhkan jaringan yang terluka. Proses ini dapat menyebabkan rasa sakit, bengkak, memar, dan kemerahan.

c. Patofisiologi

Trauma yang disebabkan oleh benda tumpul dan benda tajam atau kecelakaan dapat menyebabkan cedera kepala. Akibat trauma terjadi peningkatan kerusakan sel otak sehingga menimbulkan gangguan autoregulasi. Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan terjadi gangguan metabolisme dan perfusi otak. Trauma kepala dapat menyebabkan edema dan hematoma pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Padila, 2014).

Cedera kepala sedang menyebabkan cedera pada kulit kepala, tulang kepala, jaringan otak. Mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot, vaskuler serta jaringan tulang menyebabkan terjadinya nyeri pada pasien cedera kepala sedang (Price & Wilson, 2016).

d. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Cedera Kepala

(Sumber : Price & Wilson 2016)

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pasien yang mengalami cedera kepala (Smeltzer & Bare, 2013): Perubahan tingkat kesadaran, bingung, abnormalitas pupil (perubahan ukuran, bentuk, respons terhadap cahaya, refleks kornea tidak ada, defisit neurologis tiba-tiba, perubahan tandatanda vital (perubahan pola napas, brakikardia, takikardia, hipotermi atau hipertermia), gangguan penglihatan dan pendengaran, nyeri kepala, disfungsi sensori

f. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostic dari cedera (Wijaya & Putri, 2013):

a. Pemeriksaan diagnostik

- 1) X ray/CT Scan : Pemeriksaan yang menggunakan radiasi sinar X untuk mendapatkan gambar tiga dimensi (3D) dari otak.

- 2) MRI (Magnetic Resonance Maging) : prosedur pemeriksaan medis untuk menampilkan struktur rangka tubuh atau organ dalam pasien.
- 3) Angiografi cerebral: Pemeriksaan yang menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- 4) EEG (Elektroensefalografi) : Pemeriksaan yang dilakukan untuk mengukur aktivitas kelistrikan dari otak untuk mendeteksi adanya kelainan dari otak.

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) AGD: PO₂, PH, HCO₂ : untuk mengkaji keadekuatan ventilasi (mempertahankan AGD dalam rentang normal untuk menjamin aliran darah serebral adekuat) atau untuk melihat masalah oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK.
- 2) Elektrolit serum: cedera kepala dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium, retensi Na berakhir beberapa hari, diikuti dengan diuresis Na, peningkatan letargi, konfusi dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.
- 3) Hematologi: leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum.
- 4) CSS (Cairan Serebrospinal): menentukan kemungkinan adanya perdarahan subarachnoid (warna, komposisi, tekanan).
- 5) Pemeriksaan toksilogi: mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran.

g. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan pasien dengan cedera kepala meliputi sebagai berikut (Manurung, 2018):

- 1) Observasi 24 jam.
- 2) Jika pasien masih muntah sementara dipuaskan terlebih dahulu, hanya cairan infuse dextrose 5%, amnifusin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak.

- 3) Berikan terapi intravena bila ada indikasi.
- 4) Pada anak diistirahatkan atau tirah baring.
- 5) Terapi obat-obatan
 - a) Dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma
 - b) Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis yaitu manitol 20% atau glukosa 40% atau gliserol 10%
- 6) Pembedahan bila ada indikasi
- 7) Lakukan pemeriksaan angiografi serebral, lumbal fungsi, CT Scan dan MRI (Satyanegara, 2014).

h. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Observasi tanda tanda vital
2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK
3. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK
4. Pengaturan posisi kepala
5. Pemantauan nyeri
6. Pemberian obat intravena

i. Komplikasi

Beberapa komplikasi dari cedera kepala (Wijaya & Putri, 2013):

a. Epilepsi pasca cedera

Epilepsi pasca trauma adalah suatu kelainan dimana kejang terjadi beberapa waktu setelah otak mengalami cedera karena benturan di kepala. Kejang bisa saja baru terjadi beberapa tahun kemudian setelah terjadinya cedera.

b. Afasia

Afasia adalah hilangnya kemampuan untuk menggunakan Bahasa karena terjadinya cedera pada area bahasa di otak. Penderita tidak mampu memahami atau mengekspresikan kata-kata.

Bagian kepala yang mengendalikan fungsi bahasa adalah lobus temporalis sebelah kiri dan bagian lobus frontalis di sebelahnya. Kerusakan pada bagian manapun dari area tersebut karena stroke, tumor, cedera kepala atau infeksi, akan mempengaruhi beberapa aspek dari fungsi bahasa.

c. Apraksia

Apraksia adalah ketidakmampuan untuk melakukan tugas yang memerlukan ingatan atau serangkaian gerakan. Kelainan ini jarang terjadi dan biasanya disebabkan oleh kerusakan pada lobus parietalis atau lobus frontalis. Pengobatan ditujukan kepada penyakit yang mendasarinya, yang telah menyebabkan kelainan fungsi otak.

d. Agnosis

Agnosis merupakan suatu kelainan dimana penderita tidak dapat mengenali wajah-wajah yang dulu dikenalnya dengan baik atau benda-benda umum (misalnya sendok atau pensil), meskipun mereka dapat melihat dan menggambarkan benda-benda tersebut.

e. Amnesia

Amnesia adalah hilangnya sebagian atau seluruh kemampuan untuk mengingat peristiwa yang baru saja terjadi atau peristiwa yang sudah lama berlalu. Cedera pada otak bisa menyebabkan hilangnya ingatan akan peristiwa yang terjadi sesaat sebelum terjadinya kecelakaan (amnesia retrograde) atau peristiwa yang terjadi segera setelah terjadinya kecelakaan (amnesia pasca trauma). Amnesia hanya berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam (tergantung pada beratnya cedara)

dan akan hilang dengan sendirinya. Pada cedera otak yang hebat, amnesia bisa bersifat menetap.

f. Kejang pasca trauma

Kejang pasca trauma dapat terjadi dalam 24 jam pertama, minggu pertama atau setelah satu minggu.

g. Edema serebal dan herniasi

Penyebab paling umum dari peningkatan TIK, puncak edema terjadi setelah 72 jam setelah cedera. Perubahan TD, frekuensi nadi, pernafasan tidak teratur merupakan gejala klinis adanya peningkatan TIK. Tekanan terus menerus akan meningkatkan aliran darah otak.