

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostasis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologi, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah hirarki kebutuhan dasar manusia maslow. Hirarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu:

a. Kebutuhan fisiologis (*physiologic needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hirarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologis nya dibandingkan kebutuhan yang lain. Sebagai contoh, seseorang yang kekurangan makanan, keselamatan, dan cinta biasanya akan berusaha memenuhi kebutuhan akan makanan sebelum memenuhi kebutuhan akan cinta. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu :

- a. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas
- b. Kebutuhan cairan dan elektrolit
- c. Kebutuhan makanan
- d. Kebutuhan eliminasi urine dan alvi
- e. Kebutuhan istirahat dan tidur
- f. Kebutuhan aktivitas

- g. Kebutuuhan kesehatan temperature tubuh
- h. Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia
- i. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security needs*)
Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi:
 - a) Kebuthan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi
 - b) Bebas dari rasa takut dan kecemasan
 - c) Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang buruk atau asing.
- j. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*love and belonging needs*). Kebutuhan ini meliputi:
 - a) Memberi dan menerima kasih sayang
 - b) Perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain
 - c) Kehangatan
 - d) Persahabatan
 - e) Mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan social.
- k. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*). Kebutuhan ini meliputi:
 - a) Perasaan tidak bergantung pada orang lain
 - b) Kompeten
 - c) Penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
- l. Kebutuhan aktualisasi diri (*need for self actualizing*). Kebutuhan ini meliputi :
 - a) Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri)
 - b) Belajar memahami kebutuhan sendiri
 - c) Tidak emosional
 - d) Mempunyai dedikasi yang tinggi

e) Kreatif

f) Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya

2. Kebutuhan dasar nyaman nyeri

Rasa nyaman dibutuhkan oleh setiap individu. Dalam korteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh pasien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan.

Salah satu kebutuhan pasien adalah bebas dari rasa nyeri, nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual, klien merespons rasa nyeri dengan beragam cara, misalnya berteriak, menangis dan lain-lain. Oleh karena nyeri bersifat subjektif maka perawat harus peka terhadap sensasi nyeri yang dirasakan oleh klien (Sutanto,2017).

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (Informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Kozier, 2011).

a. Anamnesis

Anamnesis meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2) Keluhan utama

Sering menjadi alasan pasien datang dengan keluhan tidak sadarkan diri, kelemahan anggota gerak sebelah kiri, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan nyeri kepala sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala

kelumpuhan separuh badan dan gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan disebabkan di dalam intrakranial.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat yang menderita hipertensi, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem dengan fokus pemeriksaan *brain* atau otak yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan pasien

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak bisa bicara dan pada tanda-tanda vital tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi.

2) Pengkajian tingkat kesadaran

Kualitas kesadaran pasien adalah parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting perlu membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan pasien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persyarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan (Nanda, 2020)

C. Konsep Nyeri

1. Definisi nyeri

Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, yang di definisikan dalam berbagai perspektif. Asosiasi internasional untuk penelitian nyeri mendefinisikan nyeri adalah suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan. Nyeri merupakan rasa indrawi yang tidak menyenangkan, menyebabkan rasa ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari klinik seperti agen cedera biologis, inflamasi, peradangan serta benda (Suwondo, 2017).

Nyeri adalah keadaan ketidaknyamanan sensasi yang sangat bersifat subyektif sehingga tidak dapat disamakan tiap individu dengan individu lainya. Nyeri adalah alasan utama seseorang mencari pertolongan kesehatan.

2. Klasifikasi nyeri

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akintervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (kurang dari 6 bulan). Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivasi system saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti: peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi, peningkatan denyut jantung, dan dilatasi pupil. Pasien yang mengalami nyeri akut akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai. Pasien akan melaporkan secara verbal adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik

dapat dirasakan klien hampir setiap harinya dalam suatu periode yang panjang (beberapa bulan bahkan tahun), akan tetapi nyeri kronik juga mempunyai probabilitas yang tinggi untuk berakhir.

3) Rangsang noksius

Rangsangan yang menyebabkan kerusakan atau berpotensi merusak integritas jaringan.

4) Nosisepsi

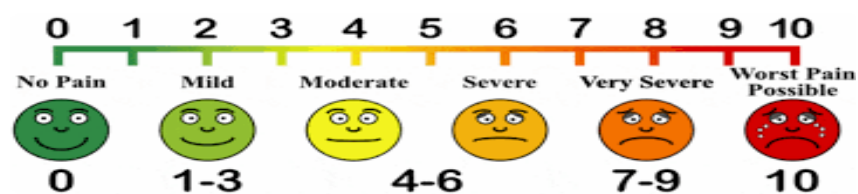
Adalah proses dimulai dari aktivasi nosiseptor hingga persepsi adanya rangsangan noksius.

5) Perilaku nyeri

Adalah perilaku yang membuat pengamat yang menyimpulkan bahwa seseorang dengan mengalami nyeri.

3. Derajat nyeri

Karakteristik yang paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai nyeri ringan, sedang atau berat. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan yang lebih obyektif.



Gambar 2.1
Skala Intensitas Nyeri Wajah 0-10

keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan: hilang tanpa pengobatan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.

4-6 : nyeri sedang: nyeri perut bagian bawah, mengganggu aktivitas, membutuhkan obat untuk mengurangi nyerinya.

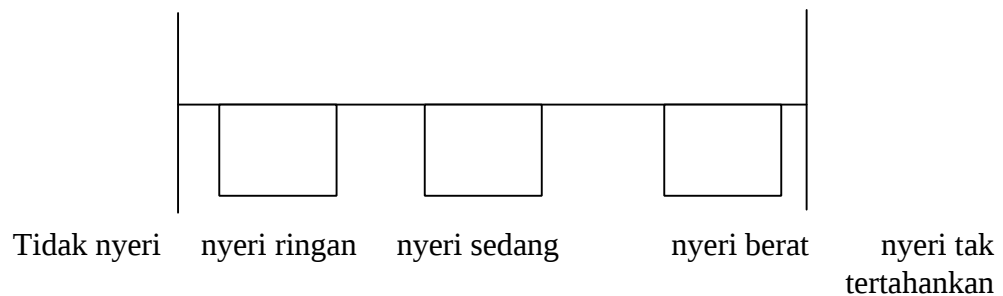
7-9 : nyeri berat: nyeri disertai pusing, sakit kepala berat, muntah, diare,

sangat mengganggu aktifitas.

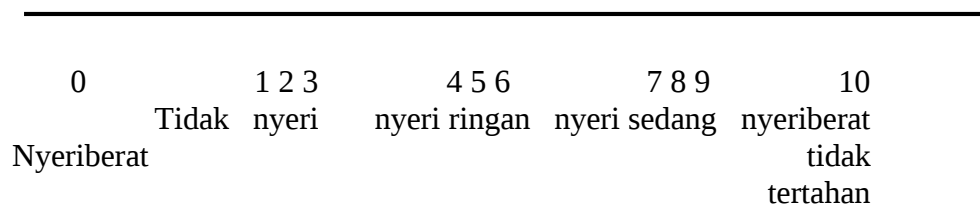
10 : nyeri tidak tertahankan: menangis, meringis, gelisah



Gambar 2.2
Skala Nyeri Numerik



Gambar 2.3
Skala Yyeri VDA



Gambar 2.4
Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

Sumber: (Suwondo, 2017).

D. Konsep Dasar Cephalgia

1. Pengertian

Cephalgia adalah istilah medis dari nyeri kepala atau sakit kepala. Cephalgia berasal dari Bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu cephalo (kepala) dan algos (nyeri). Cephalgia biasanya ditandai dengan nyeri kepala ringan maupun berat, seperti berdenyut, terjadi secara spontan, vertigo dan adanya gangguan konsentrasi.

Cephalgia 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)

2. **Klasifikasi cephalgia**

Nyeri kepala dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu nyeri kepala primer dan nyeri kepala sekunder.

a. Jenis *Cephalgia* Primer yaitu :

- a) Migrain
- b) Sakit kepala tegang
- c) Sakit kepala cluster

b. Jenis *Cephalgia* sekunder yaitu

- a) Berbagai sakit kepala yang dikaitkan dengan lesi struktural.
- b) Sakit kepala dikaitkan dengan trauma kepala.
- c) Sakit kepala dihubungkan dengan gangguan vaskuler (mis. Perdarahan subarakhnoid)
- d) Sakit kepala dihubungkan dengan gangguan intrakranial non vaskuler (mis. Tumor otak).
- e) Sakit kepala dihubungkan dengan penggunaan zat kimia atau putus obat.
- f) Sakit kepala dihubungkan dengan infeksi non sefalik.
- g) Sakit kepala yang dihubungkan dengan gangguan metabolik (*hipoglikemia*).
- h) Sakit kepala atau nyeri wajah yang dihubungkan dengan gangguan kepala, leher atau struktur sekitar kepala (mis. Glaukoma akut).
- i) Neuralgia Kranial (nyeri menetap berasal dari saraf kranial).

3. **Etiologi cephalgia**

Penyebab nyeri kepala banyak sekali, meskipun kebanyakan adalah kondisi yang tidak berbahaya (terutama bila kronik dan kambuhan), namun nyeri kepala yang timbul pertama kali dan akut awas ini adalah manifestasi awal dari penyakit sistemik atau suatu proses intrakranial yang memerlukan evaluasi sistemik yang lebih teliti (Bahrudin, 2013).

Menurut Papdi (2012) sakit kepala sering berkembang dari sejumlah faktor resiko yang umum yaitu:

- a. Penggunaan obat yang berlebihan yaitu mengkonsumsi obat berlebihan dapat memicu sakit kepala bertambah parah setiap diobati.
- b. Stress
Stress adalah pemicu yang paling umum untuk sakit kepala, stress bias menyebabkan pembuluh darah di bagian otak mengalami penegangan sehingga menyebabkan sakit kepala.
- c. Masalah tidur
Masalah tidur merupakan salah satu faktor terjadinya sakit kepala, karenasaat tidur seluruh anggota tubuh termasuk otak dapat beristirahat.
- d. Kegiatan berlebihan
Kegiatan yang berlebihan dapat mengakibatkan pembuluh darah di kepala dan leher mengalami pembengkakan, sehingga efek dari pembengkakan akan terasa nyeri.
- e. Rokok
Kandungan didalam rokok yaitu nikotin yang dapat mengakibatkan pembuluh darah menyempit, sehingga menyebabkan sakit kepala

4. **Patofisiologi chepalgia**

Sakit kepala timbul sebagai hasil perangsangan terhadap bangunan-bangunan diwilayah kepala dan leher yang peka terhadap nyeri. Bangunan-bangunan ekstrakranial yang peka nyeri ialah otot-otot okspital, temporal dan frontal, kulit kepala, arteri-arteri subkutis dan periostium. Tulang tengkorak sendiri tidak peka nyeri. Bangunan-bangunan intrakranial yang peka nyeri terdiri dari meninges, terutama dura basalis dan meninges yang melindungi sinus venosus serta arteri-arteri besar pada basis otak. Sebagian besar dari jaringan otak sendiri tidak peka nyeri. Perangsangan terhadap bangunan-bangunan itu sanggup berupa:

- a. Infeksi selaput otak : meningitis, ensefalitis.
- b. Iritasi kimiawi terhadap selaput otak ibarat pada perdarahan subdural atau sesudah dilakukan pneumo atau zat kontras ensefalografi.
- c. Peregangan selaput otak akhir proses desak ruang intrakranial, penyumbatan jalan lintasan liquor, trombosis venos spinosus, edema serebri atau tekanan intrakranial yang menurun tiba-tiba atau cepat sekali.
- d. Vasodilatasi arteri intrakranial akhir keadaan toksik (seperti pada abuh umum, intoksikasi alkohol, intoksikasi CO, reaksi alergi), gangguan metabolik (seperti hipoksemia, hipoglikemia dan hiperkapnia), pemakaian obat vasodilatasi, keadaan paska contusio serebri, insufisiensi serebrovasculer akut).
- e. Gangguan pembuluh darah ekstrakranial, contohnya vasodilatasi (*migren dan cluster headache*) dan radang (*arteritis temporalis*)
- f. Gangguan terhadap otot-otot yang memiliki relasi dengan kepala, ibarat pada spondiloartrosis deformans servikalis.
- g. Penjalaran nyeri (*reffererd pain*) dari tempat mata (*glaukoma, iritis*), sinus (*sinusitis*), baseol kranii (*ca. Nasofaring*), gigi geligi (*pulpitis dan molar III yang mendesak gigi*) dan tempat leher (*spondiloarthritis deforman servikalis*)
- h. Ketegangan otot kepala, leher pundak sebagai manifestasi psikoorganik pada keadaan depresi dan stress. Dalam hal ini sakit kepala sininim dari pusing kepala.

5. Tanda dan gejala

Cephalgia biasanya ditandai dengan nyeri kepala ringan maupun berat, nyeriseperti diikat, tidak berdenyut, nyeri tidak terpusat pada satu titik, terjadisecara spontan, vertigo, dan adanya gangguan konsentrasi.

6. Diagnostik

- a. CT Scan, menjadi gampang dijangkau sebagai cara yang gampang dan kondusif untuk menemukan kecacatan pada susunan saraf pusat.
- b. MRI Scan, dengan tujuan mendeteksi kondisi patologi otak dan

medula spinalis dengan memakai tehnik scanning dengan kekuatan magnet untuk menciptakan bayangan struktur tubuh.

- c. Pungsi lumbal, dengan mengambil cairan serebrospinalis untuk pemeriksaan. Hal ini tidak dilakukan bila diketahui terjadi peningkatan tekanan intrakranial dan tumor otak, lantaran penurunan tekanan yang mendadak akhir pengambilan CSF

E. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu dari komponen proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi social, serta keamanan dan proteksi (PPNI, 2016).

Pengkajian pada pasien *cephalgia* menggunakan pengkajian mengenai nyeri akut meliputi: identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, 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. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan prinsip PQRST yaitu *provokasi* adalah faktor yang memperparah atau meringankan nyeri. *Quantity* adalah kualitas nyeri misalnya tumpul, tajam, merobek. *Region/radiasi* adalah area atau tempat sumber nyeri. Pengkajian pada nyeri akut adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif :mengeluh nyeri

Objektif :tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif :tidak tersedia

Objektif :tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresisi.

2. **Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan dalam penelitian ini yaitu diagnosa actual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda (sign), dan gejala (symptom) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Masalah (problem) merupakan label diagnosis yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri dari deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik. Nyeri merupakan deskriptor, sedangkan akut merupakan fokus diagnostik.

Tanda dan gejala pada nyeri akut terdiri dari tanda mayor yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Tanda dan gejala minor yaitu, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis. Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah,

penyebab, dan tanda atau gejala. Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda atau gejala (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Adapun diagnosa keperawatan yang akan diteliti pada penelitian ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: proses inflamasi ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misal, waspada, menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah. Diagnosis yang muncul pada pasien *cephalgia* adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tanda dan gejala

Penyebab

- a) Agen pencedera fisiologis (misalnya, infarmasi, lekamia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritasi)
- c) Agen pencedera fisik (misalnya, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah
- d) Frkuensi nadi meningkat
- e) Sulit untuk tidur

Gejala dan tanda minor

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berfikir terganggu
- e) Menarik diri

Kondisi klinik terkait

- a) Kondisi pembedahan
 - b) Cedera traumatis
 - c) Infeksi
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Definisi: gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab:

- a) Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi

Gejala dan tanda mayor**Subjektif**

- a) Mengeluh sulit tidur
- b) Mengeluh sering terjaga
- c) Mengeluh tidak puas tidur
- d) Mengeluh pola tidur berubah
- e) Mengeluh istirahat tidak cukup

Gejala dan tanda minor

- a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Kondisi klinis terkait

- a) Nyeri/kolik
 - b) Kecemasan
 - c) Kehamilan
 - d) Kondisi pasca operasi
- 3) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan

Definisi: beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat jatuh

Faktor resiko

- a) Riwayat jatuh
- b) Penggunaan alat bantu berjalan
- c) Penurunan tingkat kesadaran
- d) Lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing)
- e) Kondisi pasca operasi
- f) Perubahan kadar glukosa darah
- g) Anemia
- h) Kekuatan otot menurun
- i) Gangguan pendengaran
- j) Gangguan keseimbangan
- k) Gangguan penglihatan

1. Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah fase proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah, setiap tindakan berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang perawat lakukan untuk meningkatkan hasil pada pasien. Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam/pemijatan massase, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan menurut SIKI (2018)

Diagnosa keperawatan	Intervensi (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan tanda dan gejala Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri akut pasien teratasi dengan kriteria hasil: a) Mampu mengontrol nyeri b) Skala nyeri berkurang c) Ekspresi wajah tenang	Manajemen nyeri Observasi a. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas 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 Traupetik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i> Pemberian analgetik Observasi - Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat - Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesi - Monitor efektifitas analgesic Traupetik - Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum - Tekan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien - Dokumentasikan respon terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan Edukasi - Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil: - Kualitas tidur terpenuhi - Pasien tidak mengeluh mengantuk	Manajemen energi Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Mengidentifikasi obat tidur yang digunakan Teraupetik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang - Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur - Tetapkan jadwal rutin tidur - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan tidur

Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan tidak ada resiko jatuh pada pasien dengan kriteria hasil: - Pasien mampu melakukan aktifitas seperti biasa tanpa menggunakan alat bantu - Tidak dipasang pelindung pada tempat tidur	Manajemen nutrisi Observasi - Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Terapeutik - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Pasang handrail tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan nurse station - Gunakan alat bantu berjalan (misal Kursi roda, Walker) - Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri - Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
---	---

Sumber: Tim Pokja PPNI 2018

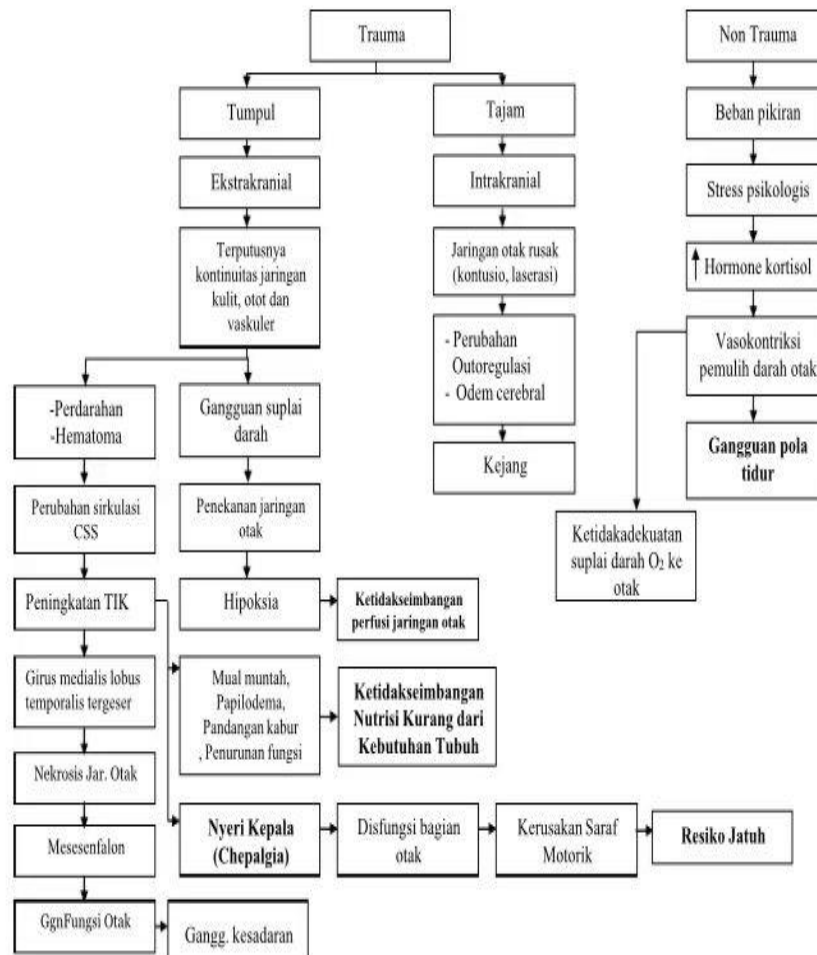
2. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan fase ketika perawat melakukan implementasikan rencana keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Penatalaksanaan nyeri adalah pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien. Penatalaksanaan tersebut terdiri dari dua tipe dasar tindakan keperawatan yaitu farmakologi dan nonfarmakologi.

3. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila hasil yang diharapkan belum tercapai, intervensi yang sudah ditetapkan dapat dimodifikasi.

F. Pathway



Gambar 2.4
Pathway Penyakit Chepalgia
(Soemarno, 2009)