

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. 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 $GCS \leq 8$. Semakin berat suatu trauma kepala, semakin tinggi risiko kematian pada pasien (Marbun & Sinuraya, 2020).

2. Etiologi

Beberapa etiologi cedera kepala (Wijaya & Putri, 2013)

- a. Trauma tajam Trauma oleh benda tajam: menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan local meliputi contusion serebral, hematoma serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.
- b. Trauma tumpul Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi): kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk, yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya. Akibat cedera tergantung pada (Wijaya & Putri, 2013) :

- 1) Kekuatan benturan (parahnya kerusakan).
- 2) Rotasi: perubahan posisi rotasi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansia alba dan batang otak. Depresi fraktur: kekuatan yang mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam. Akibatnya CSS mengalir keluar ke hidung, kuman masuk ke telinga kemudian terkontaminasi CSS lalu terjadi infeksi dan mengakibatkan kejang.

3. Patofisiologi

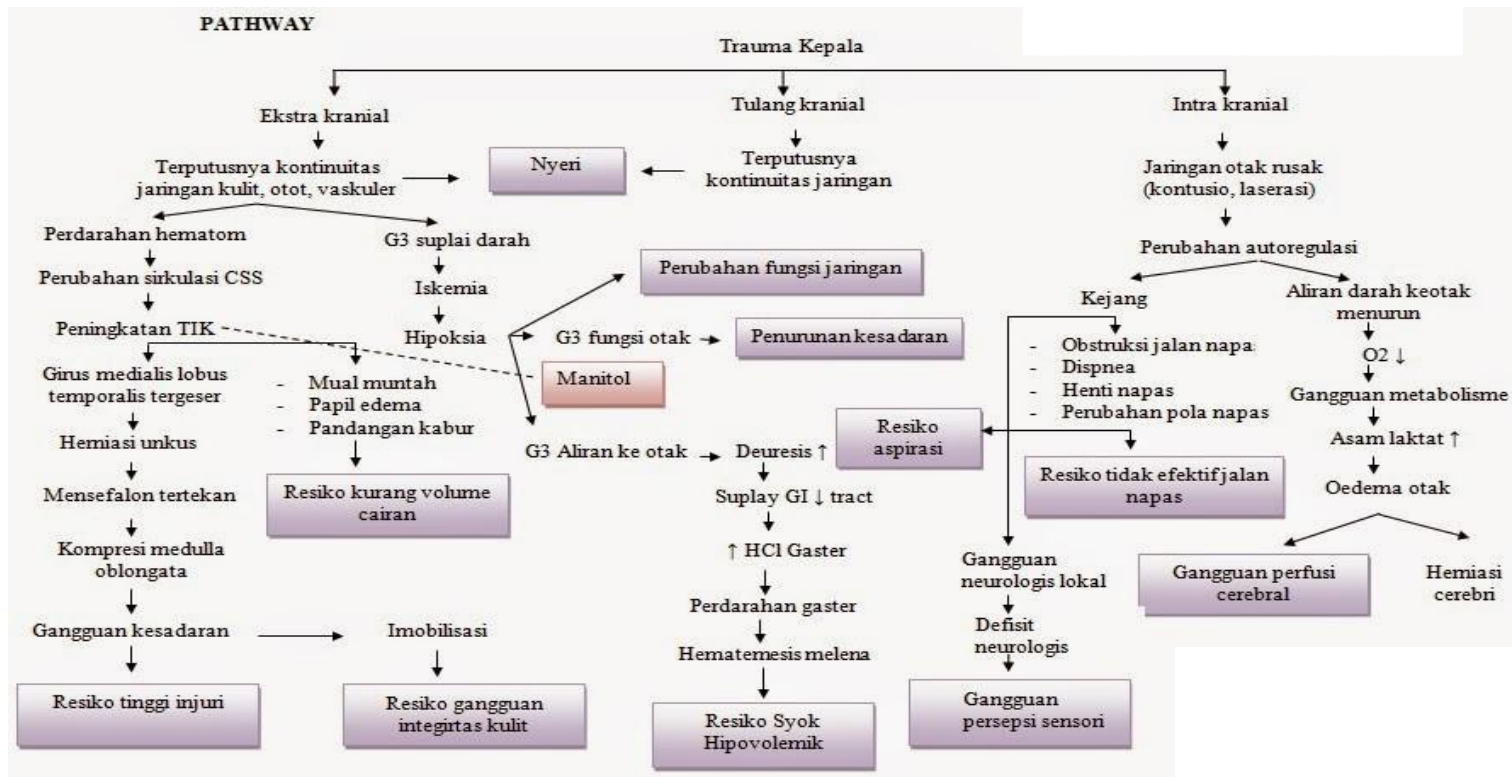
Trauma yang disebabkan oleh benda tumpul dan benda tajam atau kecelakaan dapat menyebabkan cedera kepala. Cedera otak primer adalah cedera otak yang terjadi segera setelah trauma. Cedera kepala primer dapat menyebabkan kontusio dan laserasi. Cedera kepala ini dapat berlanjut menjadi cedera sekunder. 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. Peningkatan rangsangan simpatis menyebabkan peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan peningkatan tekanan darah. Penurunan tekanan pembuluh darah di daerah pulmonal mengakibatkan peningkatan tekanan hidrolistik sehingga terjadi kebocoran cairan kapiler. Trauma kepala dapat menyebabkan odeme dan hematoma pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Padila, 2012). 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, 2006).

Pathway

Patofisiologi cedera kepala dapat dilihat pada bagan dibawah ini. Price & Wilson (2006) Smeltzer (2001) Mansjoer (2002)

Bagan 2.1

Patofisiologi Cedera Kepala



4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pasien yang mengalami cedera kepala (Smeltzer & Bare, 2013):

Perubahan tingkat kesadaran, bingung, abnormalitas pupil (perubahan ukuran, bentuk, respons terhadap cahaya, gangguan atau hilangnya reflek gag, refleks kornea tidak ada, defisit neurolos tiba-tiba, perubahan tanda-tanda vital (perubahan pola napas, brakikardia, takikardia, hipotermi atau hipertermia), gangguan penglihatan dan pendengaran, nyeri kepala, disfungsi sensori

5. Pemeriksaan Diagnostik

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

a. Pemeriksaan diagnostik

- 1) X ray/CT Scan
 - a) Hematom serebral
 - b) Edema serebral
 - c) Perdarahan intracranial
 - d) Fraktur tulang tengkorak
- 2) MRI: dengan atau tanpa menggunakan kontras
- 3) Angiografi cerebral: menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- 4) EEG: mermperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis

b. Pemeriksaan laboratorium

- 1) AGD: PO_2 , PH, HCO_2 , : 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 dieresis Na, peningkatan letargi, konfusi dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.
- 3) Hematologi: leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum.

- 4) CSS: menentukan kemungkinan adanya perdarahan subarachnoid (warna, komposisi, tekanan).
- 5) Pemeriksaan toksikologi: mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran.
- 6) Kadar antikonvulsan darah: untuk mengetahui tingkat terapi yang cukup efektif mengatasi kejang.

6. Penatalaksanaan

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

a. Keperawatan

- 1) Observasi 24 jam
- 2) Jika pasien masih muntah sementara dipuaskan terlebih dahulu. Makanan atau cairan, pada trauma ringan bila muntah-muntah, 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

b. Medis

- 1) 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 mannitol 20 % atau glukosa 40 % atau gliserol 10 %
 - c) Antibiotika yang mengandung barrier darah otak (penisillin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidasol
 - d) Pembedahan bila ada indikasi (hematom epidural besar, hematom subdural, cedera kepala terbuka, fraktur impresi >1 diplo)
 - e) Lakukan pemeriksaan angiografi serebral, lumbal fungsi, CT Scan dan MRI. (Satyanegara, 2014)

Menurut Rendy & Margaret Clevo (2012) penatalaksanaan konservatif adalah sebagai berikut.

a. Bedrest Total

b. Pemberian Obat-Obatan

1) Obat Anti Kejang

Profilaksis anti kejang efektif diberikan pada 1 minggu pertama pasca trauma. Alternatif obat yang efektif adalah phenytoin dan levetiracetam. Pengobatan profilaksis anti kejang sebaiknya tidak rutin dilakukan setelah 7 hari pasca trauma karena tidak menurunkan risiko kejang fase lanjut pasca trauma. Pemberian profilaksis fenitoin efektif untuk mencegah kejang fase dini pasca trauma.

2) Manitol dan Sodium Laktat Hipertonis

Manitol membantu menurunkan TIK. Pemberian secara bolus dengan dosis 0,25–1gr/kgBB lebih dianjurkan dibandingkan pemberian secara terus menerus.

3) Antibiotika Profilaksis pada Pemasangan Kateter Ventrikel

Pemberian antibiotik pada pemasangan dan penggantian kateter ventrikel setiap 5 hari tidak mengurangi risiko infeksi. Penggunaan antibiotik lokal maupun sistemik tidak menurunkan risiko infeksi pada pemasangan kateter ventrikel.

4) Analgetik Ketorolac dan acetaminophen dapat digunakan pada

pasien trauma kepala. Ketorolac hanya boleh diberikan maksimal 5 hari. Obat-obatan NSAID lainnya seperti ibuprofen dan naproxen bisa diberikan per-oral. Ketoprofen supp dan acetaminophen supp bermanfaat mengurangi nyeri pada cedera kepala.

5) Kortikosteroid Terapi dengan dan tanpa kortikosteroid pada pasien memar otak secara statistic hasil terapi tidak berbeda bermakna.

6) Sedatif/Tranquilizer Midazolam mengurangi CBF sehingga

cenderung aman dan efektif untuk anestesiadan sedasi pasien dengan peningkatan ICP. Propofol memberikan hasil yang baik dalam fungsi sedasi serta memudahkan dalam evaluasi fungsi

neurologis secara awal. Dexmedetomidine merupakan sedasi tanpa efek neurologis dan memberikan efek proteksi pada otak (Wahyuhadi, 2014).

7. 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 dapat melihat dan merasakan sebuah benda tetapi tidak dapat menghubungkannya dengan peran atau fungsi normal dari benda tersebut. 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. Penyebabnya adalah fungsi pada lobus parietalis dan temporalis, dimana ingatan akan

benda-benda penting fungsinya disimpan. Agnosis seringkali terjadi segera setelah terjadinya cedera kepala atau stroke. Tidak ada pengobatan khusus, beberapa penderita mengalami perbaikan secara spontan.

e. Amnesia

Amnesia adalah hilangnya sebagian atau seluruh kemampuan untuk mengingat peristiwa yang baru saja terjadi atau peristiwa yang sudah lama berlalu. Penyebabnya masih belum dapat sepenuhnya dimengerti. 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 cedera) dan akan hilang dengan sendirinya. Pada cedera otak yang hebat, amnesia bisa bersifat menetap. Mekanisme otak untuk menerima informasi dan mengingatnya kembali dari memori terutama terletak di dalam lobus oksipitalis, parietalis, dan temporalis.

f. Fistel karotis-kavernosus

Ditandai dengan trias gejala: eksoftalmus, kemosis, dan bintik orbita, dapat timbul segera atau beberapa hari setelah cedera.

g. Diabetes insipidus

Disebabkan karena kerusakan traumatic pada tangkai hipofisis, menyebabkan penghentian sekresi hormone antidiuretik. Pasien mengekskresikan sejumlah besar volume urin encer, menimbulkan hipernatremia, dan depleksi volume.

h. Kejang pasca trauma

Dapat terjadi (dalam 24 jam pertama), dini (minggu pertama) atau lanjut (setelah satu minggu). Kejang segera tidak merupakan predisposisi untuk kejang lanjut, kejang dini menunjukkan risiko yang meningkat untuk kejang lanjut, dan pasien ini harus dipertahankan dengan antikonvulsan.

- i. 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 menurun dan perfusi tidak adekuat, terjadi vasodilatasi dan edema otak. Lama-lama terjadi pergeseran supratentorial dan menimbulkan herniasi. Herniasi akan mendorong hemisfer otak ke bawah/lateral dan menekan di encephalon dan batang otak, menekan pusat vasomotor, arteri otak posterior, saraf oculomotor. Mekanisme kesadaran, TD, nadi, respirasi dan pengatur akan gagal.
- j. Defisit Neurologis dan Psikologis
 Tanda awal penurunan neurologis: perubahan TIK kesadaran, nyeri kepala hebat, mual dan muntah proyek.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow dalam (Hidayat & Uliyah, 2015) banyak ahli filsafat, psikologis, dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Abraham Maslow mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia, dibagi menjadi lima kelompok, yaitu sebagai berikut:

1. Kebutuhan Fisiologis.

Kebutuhan ini meliputi : kebutuhan oksigenasi dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan kesehatan temperature tubuh.

2. Kebutuhan Aman dan Nyaman.

Kebutuhan ini meliputi: kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, kerusakan integritas kulit, panas, penyebaran infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan Rasa Cinta.

Kebutuhan ini meliputi: member dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

4. Kebutuhan Harga Diri.

Kebutuhan ini meliputi: perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri.

Kebutuhan ini meliputi: dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi.

Pada pasien cedera kepala sedang mengalami kebutuhan aman dan kenyamanan yaitu klien mengalami gejala nyeri pada bagian kepala. Tandanya wajah menyeringai, respon menarik diri pada nyeri yang hebat, gelisah, tidak bisa beristirahat. Digunakan pengkajian nyeri akronim PQRST ini digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi (Andarmoyo, 2013):

1. Faktor pencetus (P: *Provoking Incident*)

Apakah yang menyebabkan gejala? apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya?

2. Kualitas (Q: *Quality of Pain*)

Bagaimana gambaran rasa nyerinya?

Apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas berdenyut-denyut? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri)

3. Lokasi (R: *Region*)

Apakah nyerinya menyebar? menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?

4. Keparahan (S: *Severe*)

Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa)? (1-10)

5. Durasi (T:Time)

Kapan mulai timbul? seberapa sering gejala terasa? Apakah tiba-tiba atau bertahap?

Nyeri kepala pada pasien CKS disebabkan oleh perubahan neurokimia meliputi pengeluaran asam amino pada neurotransmitter yang berlebihan, serotogenik (Harsono, 2009).

Salah satu cara mengukur skala nyeri dengan menggunakan visual analogue scale (NRS :*Numeric Rating Scale*), skala berupa garis lurus dengan panjang 10 cm dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya. derajat 0 untuk tidak nyeri sama sekali sampai derajat 10 sangat nyeri, nilai VAS 0 sampai kurang dari 4 nyeri ringan, 4 sampai kurang dari 7 nyeri sedang, 7 sampai 10 nyeri berat (Vitani, 2019).

C. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

a. Identitas

Mengkaji biodata pasien yang berisi kan nama klien dan nama penanggung jawab, umur, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, alamat, golongan darah, pendidikan terakhir, tanggal masuk RS, agama, status perkawinan, pekerjaan, nomor register, dan diagnosa medis.

b. Umur

Cedera kepala berdasarkan umur biasanya sering terjadi pada umur 15-24 tahun.

c. Jenis kelamin

Cedera kepala berdasarkan jenis kelamin sering dialami oleh laki-laki.

d. Pekerjaan

Biasanya pelajar adalah penderita terbanyak pada kasus cedera kepala karena disebabkan oleh kecelekaan lalu lintas.

e. 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).

f. Riwayat kesehatan sekarang

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

g. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah mengalami penyakit system persarafan, riwayat cedera masa lalu, riwayat penyakit sistemik/pernafasan kardiovaskuler dan metabolic(Wijaya & Putri, 2013).

h. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit menular(Wijaya & Putri, 2013).

i. Pola kesehatan sehari-hari(Wijaya & Putri, 2013)

- 1) Nutrisi
- 2) Mual dan muntah, gangguan mencerna/menelan makanan, kaji bising usus.
- 3) Eliminasi BAK dan BAB
- 4) Terjadi inkontinensia, konstipasi.
- 5) Istirahat
- 6) Terjadi gangguan pola tidur, mobilisasi.
- 7) Aktivitas
- 8) Lemah, kelelahan.

j. Pemeriksaan Fisik

Menurut Kartikawati, (2013), Wijaya & Putri (2013) pemeriksaan fisik Cedera Kepala meliputi :

1) Keadaan umum

Secara 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 ketidak simetrisan, edema pada wajah.
 - 3) Pemeriksaan mulut dan faring
Terjadi ketidaksimetrisan, sulit menelan makanan.
 - 4) Pemeriksaan paru
Perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi). Napas berbunyi, tersedak , Irama, frekuensi, kedalaman, bunyi nafasronki, mengi positif.
 - 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.
 - 8) Pemeriksaan status neurologi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alami baik yang berlangsung actual maupun potensial (SDKI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang,

keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat A. A., 2021).

Penelitian Solihin (2014), menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang biasa terjadi pada pasien cedera kepala yaitu risiko perfusi jaringan serebral, nyeri kepala akut, dan gangguan mobilitas fisik (Tarwoto, 2013):

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- c. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan cidera kepala

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan dan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien (Nursalam, 2011).

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan pada Kasus CKS

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik DS : 1. Mengeluh nyeri DO : 1. Tampak meringis 2. Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)	Kontrol Nyeri 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif 4. Tidak gelisah 5. Tidak mengalami kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	Dukungan Nyeri Akut: Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah

1	2	3	4
	3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 6. Tekanan darah meningkat 7. Pola nafas berubah 8. Nafsu makan berubah 9. Proses berpikir terganggu 10. Menarik diri 11. Berfokus pada diri sendiri 12. Diaforesis	8. Melaporkan nyeri terkontrol 9. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 10. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis	diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri DS : 1. Mengeluh sulit	Mobilitas Fisik 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	Dukungan Mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung

1	2	3	4
	<p>Menggerak an ekstermitas</p> <p>2. Nyeri saat bergerak Enggan</p> <p>3. melakukan pergerakan Merasa cemas saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>1. Kekuatan otot menurun</p> <p>2. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>3. Sendi kaku Gerakan tidak berkoordinasi Gerakan terbatas</p> <p>4. Fisik lemah.</p>	<p>4. Rentang gerak(ROM) meningkat</p> <p>5. Nyeri menurun</p> <p>6. Keceamsan menurun</p> <p>7. Kaku sendi menurun</p> <p>8. Gerakan tidak terkoordinasi</p> <p>9. Menurun</p> <p>10. Gerakan terbatas menurun</p> <p>11. Kelemahan fisik menurun</p>	<p>dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum</p> <p>5. selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapiutik</p> <p>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika</p> <p>3. ada</p> <p>4. Libatkan keluarga untuk membantu</p> <p>5. pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan cedera kepala</p> <p>DS : -</p> <p>DO : -</p>	<p>Perfusi serebral</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>1. Tingkat kesadaran meningkat</p> <p>2. Kognitif Meningkat</p> <p>3. Tekanan Intra Kranial Menurun</p> <p>4. Sakit kepala menurun</p> <p>5. Gelisah menurun</p> <p>6. Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>7. Tekanan darah</p>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2. Monitor tanda gejala peningkatan TIK</p> <p>3. Monitor status neurologis dengan GCS</p> <p>4. Monitor asupan dan keluaran</p> <p>5. Memposisikan pasien tirah baring total</p> <p>6. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p>

1	2	3	4
		diastolic membaik	

Sumber : Tim Pokja SDKI-SLKI-SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat A. A., 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Yang bertujuan untuk menentukan perkembangan kesehatan pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi, dan produktifitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan, untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan, mendapatkan umpan balik dan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017).