BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri Akut pada Pasien Cedera Kepala Sedang

1. Pengertian cedera kepala sedang

Menurut Haryono & Utami, (2019) 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. Berdasarkan GCS *(Glasgow Coma Scale)* cedera kepala dapat klasifikasikan menjadi tiga, yaitu cedera kepala ringan, cedera kepala sedang, dan cedera kepala berat. Cedera kepala sedang (CKS) merupakan cedera kepala dengan angka GCS 9-12, kehilangan kesadaran lebih dari 30 menit namun kurang dari 24 jam, diikuti dengan muntah, serta dapat mengalami fraktur tengkorak dan disorientasi ringan (Wijaya & Putri, 2013).

2. Pengertian nyeri akut pada pasien cedera kepala sedang

International Association for the Study of Pain (2017), mendefinisikan nyeri sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau dijelaskan dalam istilah seperti kerusakan.

Nyeri yang dialami pada pasien cedera kepala sedang terdapat di area kepala pada bagian yang mengalami trauma diiringi dengan mual muntah, vertigo apabila terjadi perubahan posisi. (Wijaya & Putri, 2013). Nyeri akut yang didefinisikan sebagai 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Patofisiologi nyeri akut pada pasien cedera kepala sedang

Cedera kepala sedang menyebabkan cedera pada kulit kepala, tulang kepala, jaringan otak. Trauma yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot, vaskuler serta jaringan tulang menyebabkan terjadinya nyeri pada pasien cedera kepala sedang. Cedera kepala menyebabkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot, dan vaskuler, menyebabkan rusaknya sawar darah otak *(Blood Brain Barrier)* serta disertai dengan adanya vasodilatasi dan eksudasi cairan sehingga menyebabkan terjadinya edema pada otak. Edema pada otak akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) sehingga akan menurunkan aliran darah ke otak, iskemia, hipoksia, dan asidosis. Nyeri pada bagian kepala merupakan salah satu dari trias gejala akibat dari adanya peningkatan tekanan intrakranial (Price & Wilson, 2006).

Setelah mengalami cedera, nyeri peradangan yang dialami oleh pasien cedera kepala sedang akan menetap hingga cederanya dirasakan sembuh. Rangsangan di daerah sekitar cedera akan turut menimbulkan adanya nyeri. Semua jenis peradangan menyebabkan pelepasan berbagai sitokin di daerah yang mengalami inflamasi. (Ganong, 2008).

Menurut Sulistyo (2013), Keberadaan nyeri yang dirasakan pada pasien cedera kepala sedang dapat mencetuskan berbagai masalah keperawatan lainnya, seperti gangguan pola tidur, defisit perawatan diri, ansietas, gangguan mobilitas fisik, dan masalah lainnya.

4. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut pada pasien CKS

Menurut (Mubarak et al., 2015) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya nyeri antara lain :

a. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yang ada yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*intovert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang.

b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan salah satu faktor yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri yang dirasakan. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang dirasakan dibandingkan dengan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan dengan orang dewasa.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga, atau teman-teman yang mendukunnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

d. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ketidakmampuan seseorang untuk mengontrol nyeri atau peristiwa di

sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Lain halnya dengan individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

5. Tanda dan gejala nyeri akut pada pasien CKS

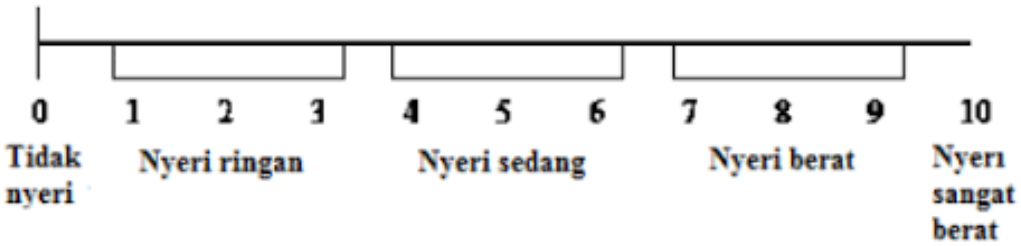
Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal pasien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakannya. Selain itu pasien yang mengalami nyeri akut juga akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah, atau menyeringai (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

Secara non verbal pasien yang mengalami nyeri akut memiliki tanda dan gejala seperti wajah meringis, menangis, ayunan langkah atau postur abnormal, ketegangan otot, dan tindakan melindungi bagian yang nyeri. Secara verbal dan emosional, tanda dan gejala yang muncul yaitu menangis, mengerang, iritabilitas, ekspresi kemarahan atau kesedihan, dan perubahan nada bicara atau kelancaran bicara. Nyeri akut sering mengkatifkan saraf simpatis, yang mengkibatkan meningkatnya kecepatan denyut jantung dan pernafasan serta tekanan darah, kepucatan, flushing, berkeringat, dan dilatasi pupil (Price & Wilson, 2006).

6. Pengukuran nyeri

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian NRS *(Numerical Ratting Scales)* lebih digunakan sebagai pengganti pendeskripsian kata. Dalam hal ini,

pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapiutik (Potter & Perry, 2010).



Gambar 1 Skala Pengukuran Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Sedang

Sumber : (Potter & Perry, Buku Ajar Fundamental Konsep, Proses dan Praktik Edisi 7, 2010)

Keterangan

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan (secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya 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 mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih nafas panjang dan distraksi.

10 : nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

7. Penatalaksanaan nyeri akut pada pasien CKS

Strategi penanatalaksanaan nyeri adalah suatu cara untuk menurunkan nyeri, hal ini dapat dibagi menjadi dua yaitu secara farmakologis dan nonfarmakologis. Analgesik merupakan salah satu metode yang paling umum

ditemukan untuk mengatasi rasa nyeri. Selain analgesik sebagai manajemen nyeri farmakologis masih terdapat manajemen nyeri nonfarmakologis yang merupakan salah satu tindakan untuk menurunkan respons nyeri tanpa menggunakan agen farmakologis, yang termasuk dalam teknik manajemen nyeri nonfarmakologis antara lain : bimbingan antisipasi, kompres panas dan dingin, stimulasi saraf traskutan/TENS, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, umpan balik biologis, dan masase (Sulistyo Andarmoyo, 2013).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Terdapat dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining merupakan langkah awal pengumpulan data, data yang dihasilkan dalam pengkajian skrining yaitu untuk menentukan apakah data itu normal atau abnormal. Jika beberapa data ditafsirkan abnormal maka pengkajian mendalam dilakukan untuk mendiagnosis pasien secara akurat (Herdman & Kamitsuru, 2015). Pengkajian nyeri akronim PQRST digunakan untuk mengkaji keluhan nyeri pada pasien yang meliputi :

Tabel 1
Pengkajian Nyeri Akut pada Pasien Cedera Kepala Sedang

Pengkajian Nyeri	
P *(Provokes/palliates)*	Apakah yang menyebabkan gejala? apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya?
Q *(Quality)*	Bagimana gambaran rasa nyerinya? Apakah seperti diiris, tajam, ditekan, ditusuk tusuk, rasa terbakar, kram, kolik, diremas berdenyut-denyut? (biarkan pasien mengatakan dengan kata-katanya sendiri)

R *(Radiates)*	Apakah nyerinya menyebar? menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?
S *(Severity)*	Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa)? (1-10)
T *(Time)*	Kapan mulai timbul? seberapa sering gejala terasa? Apakah tiba-tiba atau bertahap?

Sumber: (Sulistyo Andarmoyo, Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri, 2013)

Nyeri akut termasuk ke dalam kategori psikologis dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Tanda dan gejala mayor pada nyeri akut terdiri dari subjektif yaitu mengeluh nyeri dan objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Diagnosa 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit. Diagnosis ini terdiri dari diagnosis aktual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat

dan dpat mecapai kondisi yang lebih sehat atau optimal, diagnosis ini disebut diagnosis promosi kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), perumusan atau penulisan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Pada penulisan diagnosa keperawatan aktual penulisan diagnosa keperawatan terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda/gejala, sedangkan pada diagnosis risiko terdiri atas masalah dan faktor risiko, serta pada diagnosis promosi kesehatan terdiri atas masalah dan tanda/gejala.

Masalah keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah nyeri akut yang termasuk ke dalam diagnosa aktual yang didefinisikan sebagai 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. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Etiologi atau penyebab dari nyeri akut antara lain agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar,bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, megangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Tanda dan gejala dari nyeri akut antara lain subjektif yaitu mengeluh nyeri dan objektif yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Berdasarkan masalah, penyebab, serta tanda dan gejala, maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur), tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

3. Perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan nyeri akut termasuk ke dalam kategori psikologis yang ditujukan untuk mendukung fungsi dan proses mental dan termasuk ke dalam sub kategori nyeri dan kenyamanan yang memuat kelompok intervensi keperawatan yang meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran *(outcome)* keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga, komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspetasi, dan kriteria hasil. Label merupakan kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai, ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku, atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan. Kriteria hasil merupakan karakteristik

pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Berikut merupakan perencanaan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut :`

Tabel 2
Perencanaan Keperawatan pada Pasien CKS dengan Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	**Tujuan dan Kriteria Hasil**	**Intervensi Keperawatan**
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat Nyeri a. Keluhan nyeri menurun b. Tampak meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Kesulitan tidur menurun f. Frekuensi nadi membaik	**Manajemen Nyeri** Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

1	2	3
darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses pikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis		(mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi a. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik **Pemberian Analgesik** Observasi a. Identifikasi riwayat alergi obat b. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik Terapeutik a. Dokumentasikan respons terhadap efek analgetik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik sesuai terapi

Sumber : (DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, (2016), Standar Luaran Keperawatan Indonesia, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, (2018))

4. Implementasi keperawatan

Pada proses keperawatan, implementasi adalah salah satu fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pada proses implementasi biasanya mencakup yaitu mengkaji kembali pasien, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan, mengimplementasikan intevensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan, dan mendokumentasikan tindak keperawatan. Setelah melaksanakan tindakan keperawatan perawat menyelesaikan fase implementasi dengan mencatat intervensi dan respons klien dalam catatan kemajuan keperawatan (Kozier et al., 2010).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi merupakan aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Proses evaluasi keperawatan memiliki lima komponen antara lain megumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan, membandingkan data dengan hasil, menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil, menarik kesimpulan tentang

status masalah, meanjutkan, memodifikasi, atau mengakhiri rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010).

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjective, objective, assesment, planning*). Adapun komponen SOAP yaitu S (*subjective*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan, O (*objektive*) merupakan informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan, A (*assesment*) yaitu membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dirumuskan, P (*planing*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Dermawan, 2012).

Evaluasi terhadap pasien cedera kepala sedang dengan masalah keperawatan nyeri akut mengacu terhadap rumusan tujuan yang mencakup aspek waktu dan kriteria hasil dalam rencana keperawatan. Adapun kriteria hasil yang ditetapkan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.