

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Nyeri Akut Pada Cedera Kepala Sedang (CKS)**

##### **1. Pengertian nyeri akut pada cedera kepala sedang**

*International Association for Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadi kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya nyeri (IASP, 2018).

Nyeri akut dapat didefinisikan sebagai respon normal fisiologis yang terjadi akibat suatu stimulus kuat kimiawi, termal atau mekanik yang terkait dengan pembedahan, trauma atau penyakit akut (Tanra, 2016). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung dalam waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut berdurasi singkat dan akan hilang setelah area yang rusak pulih kembali (Prasetyo, 2010).

Nyeri akut pada CKS dirasakan nyeri berdenyut-denyut dan hilang timbul. Nyeri kepala pasca trauma merupakan nyeri yang berlokasi di atas garis orbitomeatal yang timbul akibat sebelumnya terjadi suatu trauma pada kepala (Harsono, 2009).

##### **2. Etiologi nyeri akut**

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu (Potter & Perry, 2010). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan

atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur maupun cedera kepala. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Andarmoyo, 2013)

Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri. Teori Gate Control mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menstransmisikan impuls melalui mekanisme pertahanan (Potter & Perry, 2010)

Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta-A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri (LeMone, dkk., 2011) Saat impuls diantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2010).

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Potter & Perry, 2010).

### **3. Klasifikasi nyeri akut**

Ada banyak jalan untuk memulai mendiskusikan tentang tipe-tipe nyeri, antara lain melihat nyeri dari segi durasi nyeri, tingkat keparahan dan intensitas, model transmisi, lokasi nyeri, dan kausatif dari penyebab nyeri itu sendiri (Potter & Perry, 2010). Penyebab dari terjadinya nyeri akut sendiri dapat diidentifikasi. Penyebab nyeri akut paling sering diakibatkan oleh cedera jaringan akibat trauma, pembedahan, atau inflamasi (LeMone, dkk., 2011).

Nyeri akut dapat diklasifikasikan kedalam tiga kelompok besar yaitu: (LeMone, dkk., 2011).

#### **a. Nyeri kulit dan somatik**

Nyeri yang timbul jika organ yang terkena adalah organ soma seperti kulit, otot, sendi, tulang, atau ligament karena di sini mengandung kaya akan nosiseptor. Terminologi nyeri muskuloskeletal diartikan sebagai nyeri somatik. Nosiseptor disini menjadi sensitif terhadap inflamasi, yang akan terjadi jika terluka atau keseleo. Selain itu, nyeri juga bias terjadi akibat iskemik, seperti pada kram otot. Hal inipun termasuk

nyeri nosiseptif. Gejala nyeri somatik umumnya tajam dan lokalisasinya jelas, sehingga dapat ditunjuk dengan telunjuk (LeMone, dkk., 2011).

#### b. Nyeri viseral

Nyeri yang timbul jika yang terkena adalah organ-organ viseral atau organ dalam yang meliputi rongga toraks (paru dan jantung), serta rongga abdomen (usus, limpa, hati dan ginjal), rongga pelvis (ovarium, kantung kemih dan kandungaan). Berbeda dengan organ somatik, yang nyeri kalau diinsisi, digunting atau dibakar, organ somatik justru tidak. Organ viseral akan terasa sakit kalau mengalami inflamasi, iskemik atau teregang. Selain itu nyeri viseral umumnya terasa tumpul, lokalisasinya tidak jelas disertai dengan rasa mual - muntah bahkan sering terjadi nyeri refer yang dirasakan pada kulit (LeMone, dkk., 2011).

#### c. Nyeri alih

Nyeri ini di rasakan di bagian tubuh yang letaknya jauh dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri. Contohnya seperti luka pada pankreas dapat menyebabkan nyeri pada bagian punggung atau serangan jantung dapat memicu nyeri pada bagian rahang (LeMone, dkk., 2011).

### **4. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut**

Nyeri merupakan suatu keadaan yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri diantaranya seperti faktor fisiologi, spiritual, psikologis, dan budaya (Potter & Perry, 2010). Faktor- faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu:

#### a. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variable penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak – anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan

dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka. Di sisi lain, prevalensi nyeri ada individu lansia lebih tinggi karena penyakit akut atau kronis dan degenerative yang diderita. Walaupun ambang batas nyeri tidak berubah karena penuaan, efek analgesik yang diberikan menurun karena perubahan fisiologis yang terjadi (Mubarak, dkk., 2015).

#### b. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Hanya saja dalam beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam mengekspresikan rasa nyeri misalnya menganggap bahwa anak laki-laki tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita akan tetapi toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia tanpa memperhatikan jenis kelamin (Mubarak, dkk., 2015).

#### c. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Hal ini dikaitkan dengan bagaimana latar belakang individu tersebut. Misalnya cara wanita yang mempersepsikan nyeri saat melahirkan akan berbeda dengan seorang wanita yang merasakan nyeri akibat pukulan dari kekasihnya (Potter & Perry, 2010).

#### d. Keletihan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi terhadap nyeri. Rasa keletihan atau kelelahan dapat menyebabkan sensasi nyeri yang dirasakan semakin intensif dan mampu menurunkan kemampuan coping terhadap nyeri. Apabila keletihan yang dialami juga disertai dengan kualitas tidur yang buruk maka nyeri yang dirasakan akan lebih berat lagi. Nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang apabila dapat beristirahat atau tidur dengan pulas setelahnya (Potter & Perry, 2010).

#### e. Lingkungan dan dukungan keluarga

Faktor lain yang mempengaruhi respons nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-teman yang mendukungnya klien akan cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan dengan mereka yang mendapatkan dukungan dari keluarga maupun orang-orang terdekatnya (Mubarak, dkk., 2015).

#### f. Perhatian

Tingkat seseorang dalam memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri orang tersebut. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan rasa nyeri yang akan meningkat pula. Sedangkan upaya pengalihan perhatian atau distraksi dihubungkan dengan respons nyeri yang dirasakan akan menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (*guided imagery*), dan masase (Potter & Perry, 2010).

g. Gaya koping

Koping mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memperlakukan nyeri. Seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus internal merasa bahwa diri mereka sendiri mempunyai kemampuan untuk mengatasi nyeri. Sebaliknya, seseorang yang mengontrol nyeri dengan lokus eksternal lebih merasa bahwa faktor-faktor lain di dalam hidupnya seperti perawat merupakan orang yang bertanggung jawab terhadap nyeri yang dirasakannya. Oleh karena itu, koping pasien sangat penting untuk diperhatikan (Potter & Perry, 2010).

h. Ansietas

Individu yang sehat secara emosional, biasanya lebih mampu mentoleransi nyeri sedang hingga berat daripada individu yang memiliki status emosional yang kurang stabil. Pasien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis, seringkali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi. Nyeri yang tidak kunjung hilang seringkali menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian (Potter & Perry, 2010).

i. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat, maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut hilang maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk meninterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk

melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri tersebut (Potter & Perry, 2010).

j. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan uakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup. Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri. Latar belakang etnik dan budaya merupakan factor yang memengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan orang lain (Mubarak, dkk., 2015).

## **5. Patofisiologi nyeri akut pada cedera kepala sedang**

Trauma kapitis (cedera kepala) menyebabkan cedera pada kulit kepala, tulang kepala, jaringan otak. Cedera otak bisa berasal dari trauma langsung dan trauma tidak langsung pada kepala. Ada dua fase utama dari cedera kepala yang diakibatkan oleh trauma kepala. Fase pertama adalah kerusakan otak awal yang terjadi segera pada saat benturan. Yang meliputi cedera neural dan cedera glial primer dimana hal ini dapat meliputi laserasi kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, kontusi, perdarahan punggat, perdarahan subarachnoid dan cedera aksonal difus (Manurung, 2018).

Kerusakan otak dapat diakibatkan cedera primer dan cedera sekunder pada kepala. Cedera primer didefinisikan sebagai cedera otak traumatik primer yang disebabkan oleh kekuatan eksternal pada kepala yang menimbulkan kerusakan



jaringan di luar toleransi strukturalnya. Kekuatan kontak umumnya menimbulkan cedera fokal seperti fraktur tulang tengkorak, kontusi, hematom epidural dan subdural (Manurung, 2018). Nyeri yang dirasakan pada pasien dengan cedera kepala dapat ditimbulkan karena adanya epidural hematoma (EDH). Epidural hematoma (EDH) terjadi terhitung sebanyak 1-2% dari cedera otak mayor dan terjadi pada semua umur. Epidural hematom adalah hematom yang terletak antara durameter dan tulang, biasanya sumber perdarahannya adalah robeknya arteri meningea media (paling sering), vena diploica (oleh karena adanya fraktur kalvaria) (Padila, 2012).

Mayoritas epidural hematom terjadi pada daerah temporal atau parietal, tetapi juga dapat terjadi pada lobus frontal atau oksipital, dan pada kasus jarang terjadi pada fossa posterior. Fossa temporalis merupakan lokasi yang paling sering dari epidural hematom yang disebabkan oleh cedera pada arteri dan vena meningea media. Hal ini dapat terjadi setelah terjadinya cedera benturan dengan kecepatan rendah. Pada hematom epidural bentuk klasik, pasien yang mengalami kehilangan kesadaran akibat kokusi awal, secara perlahan dapat pulih dalam waktu beberapa menit dan memasuki lucid interval dimana pasien relatif tidak mengalami gejala (asintomatik) dengan hasil pemeriksaan neurologik normal. Pada pemeriksaan CT Scan akan didapatkan gambaran area hiperdens dengan bentuk bikonvek di antara 2 sutura. Periode akut epidural hematom dapat terjadi dalam 48 jam- 2 minggu atau bahkan beberapa bulan dengan manifestasi klinis yang utama yaitu pasien merasakan nyeri kepala secara hebat, mual bahkan muntah (Padila, 2012).

## **6. Tanda dan gejala nyeri akut**

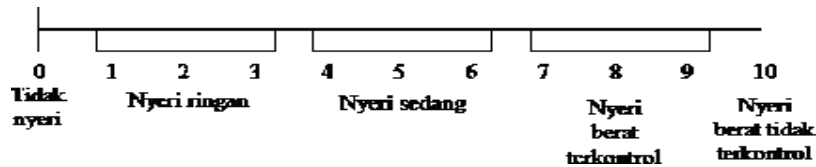
Nyeri akut terkadang disertai aktivasi sistem saraf simpatis yang akan memperlihatkan tanda dan gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respon emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, mengerutkan wajah atau menyeringai (Andarmoyo, 2013).

## **7. Penilaian nyeri**

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu: (Mubarak, dkk., 2015).

### **a. Skala nyeri numerik (*numerical rating scale*)**

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan (Mubarak, dkk., 2015).

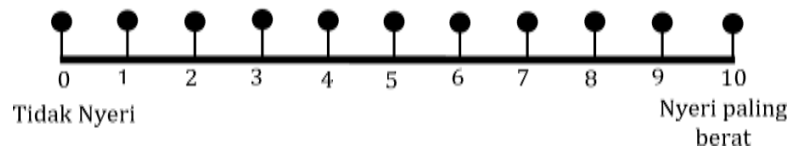


Gambar 1 Skala Nyeri *Numerical Rating Scale*

Sumber: Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

b. Skala nyeri deskriptif

Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal /*Verbal Descriptor Scale* (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”, dan pasien diminta untuk menunjukkan keadaan yang sesuai dengan keadaan nyeri saat ini (Mubarak, dkk., 2015)



Gambar 2 Skala Nyeri Deskriptif

Sumber: Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

c. *Faces scale* (skala wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan

untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif (Mubarak, dkk., 2015)



Gambar 3 Wong Baker *Faces Scales*

Sumber: Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). Buku Ajar Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

## 8. Dampak nyeri akut pada cedera kepala sedang

Dampak nyeri akut pada bagian kepala pada pasien CKS dapat menimbulkan masalah keperawatan lainnya yaitu gangguan pola tidur, ansietas dan gangguan aktifitas fisik (Andarmoyo, 2013). Dari masalah akitivitas sehari-hari yang dapat ditimbulkan akibat nyeri pada pasien CKS, perawat menemukan bahwa pasien CKS dengan nyeri akut susah untuk tidur (Potter & Perry, 2010).

Berdasarkan penelitian disebutkan bahwa gangguan pola tidur merupakan salah satu hal yang sering dikeluhkan oleh pasien yang mengalami cedera kepala di Monash University. Pada penelitian tersebut dikatakan lebih dari 50% penderita cedera kepala mengalami gangguan tidur (Grima. dkk., 2016).

Gangguan pola tidur merupakan salah satu dampak yang sering terjadi pada pasien dengan cedera kepala. Penelitian yang dilakukan oleh NIH menyebutkan sebanyak 30-70% pasien dengan CKS akan mengalami gangguan pola tidur. Depresi, ansietas dan nyeri merupakan penyebab yang dapat mengganggu kualitas tidur pasien sehingga hal tersebut akan menyebabkan adanya gangguan pola tidur pada pasien (Mari Viola-Saltzman, dkk., 2013).

## **9. Penatalaksanaan nyeri akut pada cedera kepala sedang**

Dalam mengatasi atau memajemen nyeri akut pada pasien CKS perlu dilakukan upaya-upaya dalam mengatasi nyeri yang dialami pasien. Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi dua (Potter & Perry, 2010) yaitu:

### **a. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis**

Penatalaksanaan nyeri secara farmakologis efektif untuk nyeri sedang dan berat. Penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri biasanya menggunakan obat analgesik yang terbagi menjadi dua golongan yaitu analgesik non narkotik dan analgesik narkotik. Penatalaksanaan nyeri dengan farmakologis yaitu dengan menggunakan obat-obat analgesik narkotik baik secara intravena maupun intramuskuler. Pemberian secara intravena maupun intramuskuler misalnya dengan meperidin 75 – 100 mg atau dengan morfin sulfat 10 – 15 mg, namun penggunaan analgesik yang secara terus menerus dapat mengakibatkan ketagihan obat. Namun demikian pemberian farmakologis tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien sendiri untuk mengontrol nyerinya (Potter & Perry, 2010)

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala Sedang dengan Nyeri Akut**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal yang nantinya akan dipertimbangkan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus masalah atau resiko. Pengkajian terdiri dari dua yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda.

Pengkajian skrinning adalah langkah awal pengumpulan data. Pengkajian mendalam lebih fokus, memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi informasi yang diidentifikasi dalam pengkajian skrinning awal, dan untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau menggugurkan bakal diagnosis keperawatan (NANDA, 2018). Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pengkajian pada pasien cedera kepala sedang (CKS) menggunakan pengkajian mendalam mengenai nyeri akut, dengan kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor nyeri akut yaitu dilihat dari data subjektifnya pasien mengeluh nyeri. Dilihat dari data objektif yaitu tampak meringis, bersiap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Sedangkan gejala dan tanda minor nyeri akut yaitu dilihat dari data subjektifnya tidak tersedia. Dilihat dari data objektif yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pengkajian keperawatan pada pasien CKS dengan nyeri akut menurut Andra & Yessie adalah : (Andra & Yessie, 2013).

a) Identitas pasien.

Identitas pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa dan tanggal masuk ruangan.

b) Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Adanya penurunan kesadaran, letargi, mual, muntah, sakit kepala, lemah, paralys, perdarahan, fraktur, hilang kesadaran, sulit menggengam, amnesia seputar kejadian, kesulitan mendengar, sulit menelan makanan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah mengalami penyakit sistem persyarafan, riwayat trauma masa lalu, riwayat penyakit darah, riwayat penyakit sistemik, pernafasan kardiovaskuler dan metabolik.

3) Pemeriksaan fisik

a) Mengkaji tingkat kesadaran pasien (GCS)

<b>Reaksi membuka mata</b>	<b>Nilai</b>
Membuka mata spontan	4
Buka mata dengan rangsangan suara	3
Buka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak membuka mata dengan rangsangan nyeri	1

<b>Reaksi verbal</b>	<b>Nilai</b>
Komunikasi verbal baik, jawaban tepat	5
Bingung, disorientasi waktu, tempat dan ruang	4
Dengan rangsangan nyeri keluar kata-kata	3
Keluar suara tetapi tak berbentuk kata-kata	2
Tidak keluar suara dengan rangsangan apapun	1

<b>Reaksi motorik</b>	<b>Nilai</b>
Mengikuti perintah	6
Melokalisir rangsangan nyeri	5
Menarik tubuhnya bila ada rangsaangan nyeri	4
Reaksi fleksi abnormal dengan rangsangan nyeri	3
Reaksi ekstensi abnormal dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada gerakan dengan rangsangan nyeri	1

b) Mengkaji tanda peningkatan TIK

Tanda-tanda peningkatan TIK diantaranya yaitu penurunan kesadaran, gelisah letargi, sakit kepala, mual muntah, pupil edema, perlambatan nadi, pelebaran tekanan nadi, peningkatan tekanan darah sistolik

c) Kebutuhan aman dan nyaman

Gejala pasien 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 :

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

Pengkajian ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri. Perawat mengkaji penyebab atau stimulus nyeri pada klien. Dalam hal ini perawat biasanya akan menanyakan bagaimana peristiwa yang menyebabkan nyeri dan faktor apa saja yang dapat menurunkan nyeri (Muttaqin, 2011).

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

Pengkajian ini dilakukan untuk menilai bagaimana rasa nyeri dirasakan secara subjektif oleh klien apabila klien dalam keadaan sadar dan dapat



mengutarakan rasa nyeri yang dirasakannya. Dimana tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan (Muttaqin, 2011).

### 3) Lokasi (R: *Region*)

Pengkajian lokasi ini untuk mengkaji lokasi nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus (menyebar) (Muttaqin, 2011).

### 4) Keparahan (S: *Severe*)

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif. Pada pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang ia rasakan sebagai nyeri ringan, sedang, berat. Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendiskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendiskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendiskripsi ini di ranking dari tidak terasa nyeri sampai nyeri tidak tertahankan (Muttaqin, 2011).

### 5) Durasi (T: *Time*)

Pengkajian ini dilakukan untuk mengkaji durasi dan rangkaian nyeri yang dirasakan oleh pasien cedera kepala. Pada pengkajian ini dapat ditanyakan kapan nyeri yang dirasakan. Pengkajian dengan pendekatan PQRST dapat membantu perawat dalam menentukan rencana intervensi yang sesuai (Muttaqin, 2011).

Sedangkan pada pasien dengan yang tidak kooperatif pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan faces scale (skala wajah) dan pada pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran dapat dilakukan pengkajian nyeri dengan menggunakan skala *behaviour pain scale*.

## 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa 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 respons individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko. Pada diagnosis aktual, indikator diagnostik hanya terdiri atas penyebab dan tanda/gejala. Nyeri Akut termasuk dalam jenis kategori diagnosis keperawatan negatif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarah pada pemberian intervensi yang bersifat penyembuhan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah nyeri akut berhubungan dengan (b.d) agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) dibuktikan dengan (d.d) 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 berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana di lakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen intervensi keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label merupakan nama dari intervensi yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi tersebut. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Klasifikasi intervensi keperawatan nyeri akut termasuk dalam kategori fisiologi yang merupakan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis. Dan termasuk ke dalam subkategori nutrisi dan cairan yang memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan dan elektrolit (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Dalam perencanaan keperawatan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*). Luaran (*outcome*) terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 1  
Perencanaan Keperawatan Pada Pasien CKS dengan Nyeri Akut

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Luaran (SLKI)</b>	<b>Intervensi Keperawatan (SIKI)</b>
1	2	3
<p>Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik</p>	<p><b>Tingkat Nyeri</b> Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Menarik diri menurun</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>7. Diaforesis menurun</li> </ol>	<p><b>Pemberian Analgesik</b> Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi riwayat alergi obat.</li> <li>b. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik.</li> <li>c. Monitor efektifitas analgesik.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat.</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>sesuai indikasi</i></li> </ol>

---

## 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. Monitor efek samping penggunaan analgetik.

### Terapeutik:

1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
2. Fasilitasi istirahat dan tidur.

### Edukasi:

1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

---

*Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019*

## 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Koizer, dkk., 2011). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas

spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2008).

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan (Koizer, dkk., 2011). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011).

Format yang dapat digunakan untuk evaluasi keperawatan menurut (Dinarti, 2009) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien. Pada pasien CKS dengan nyeri akut indikator evaluasi menurut (Moorhead, 2016) yaitu:

- 1) Mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri)
  - 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen mengontrol nyeri.
  - 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekwensi dan tanda nyeri).
  - 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- b. *Objektive*, yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga. Pada pasien dengan nyeri akut indikator evaluasi tekanan darah dalam batas normal.
- c. *Analisis*, yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). Ketika menentukan apakah tujuan telah tercapai, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan :
- 1) Tujuan tercapai yaitu respons klien sama dengan hasil yang diharapkan
  - 2) Tujuan tercapai sebagian yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai.
  - 3) Tujuan tidak tercapai
- d. *Planning*, yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.