

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Nyeri Pada Pasien CKS

1. Pengertian Nyeri Akut Pada Pasien CKS

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi kurang dari 6 bulan. Klasifikasi nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik. Nyeri akut pasien dengan CKS bila tidak mendapat penanganan yang tepat dan nyeri berlangsung secara terus menerus, berat atau dalam, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi (Nanda, 2010).

Nyeri akut pada cedera kepala 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). Nyeri kepala pada pasien CKS disebabkan oleh perubahan neurokimia meliputi depolarisasi saraf, pengeluaran asam amino pada neurotransmitter yang berlebihan, serotonergik, gangguan opiate endogen. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Sulistyono, (2013) tersebut antara lain sebagai berikut:

1) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang memengaruhi nyeri, khususnya anak-anak dan lansia. Perbedaan yang ditemukan di antara kelompok usia ini

dapat memengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil memiliki kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat, yang dapat menyebabkan nyeri. Anak-anak yang masih kecil juga mengalami kesulitan karena mereka belum dapat mengucapkan kata-kata secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas kesehatan. Sedangkan seseorang yang berusia lanjut berisiko tinggi mengalami nyeri karena komplikasi penyakit atau penyakit degeneratif.

2) Jenis Kelamin

Secara umum jenis kelamin antara pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam respons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan menganggap bahwa jenis kelamin dapat memengaruhi pengekspresian nyeri, yaitu dikatakan bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam keadaan yang sama.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan yang dimiliki akan mempengaruhi cara individu untuk mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap yang dikaitkan dengan nyeri di berbagai kelompok budaya. Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Sedangkan, ada kebudayaan lain yang cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dapat disimpulkan bahwa hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opiat endogen, sehingga terjadilah persepsi nyeri.

4) Makna Nyeri

Makna seseorang yang berkaitan dengan nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan dengan latar belakang budaya seseorang tersebut. Seorang individu akan mempersepsikan nyeri dengan berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Derajat dan kualitas nyeri akan dipersepsikan pasien berhubungan dengan makna nyeri yang dirasakan.

5) Perhatian

Tingkat seseorang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi pasien pada stimulus lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran perifer.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan cemas (*ansietas*) bersifat kompleks. Ansietas sering kali dapat meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas. Sistem limbik dapat memproses reaksi emosi terhadap nyeri, yakni memperburuk atau menghilangkan nyeri.

7) Kelelahan

Kelelahan atau kelelahan yang dirasakan seseorang dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, persepsi nyeri dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri sering kali lebih berkurang setelah individu tidur dengan lelap.

8) Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya, namun hal ini tidak selalu membuat individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa yang akan datang. Apabila individu 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 dapat dihilangkan, maka akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Apabila seorang pasien tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama nyeri dapat mengganggu coping terhadap nyeri.

9) Gaya coping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang mengakibatkan pasien merasa kesepian. Pasien akan merasa tidak berdaya dengan rasa kesepian itu apabila pasien mengalami nyeri saat menjalani suatu perawatan kesehatan seperti di rumah sakit. Hal yang sering terjadi adalah pasien akan merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau terhadap hasil akhir dari peristiwa yang terjadi. Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun

keseluruhan. Pasien sering kali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri.

10) Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang memengaruhi respon nyeri yaitu kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap dan perlakuan mereka terhadap pasien. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang disayangi akan mengurangi kesepian dan ketakutan yang dialami. Apabila tidak ada keluarga atau teman, sering kali pengalaman nyeri menyebabkan pasien semakin tertekan.

a. Pengalaman Nyeri

Hal terpenting juga yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh pasien, dan apakah pasien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Akan sangat membantu, apabila perawat mengetahui fase nyeri yang pasien alami. Fase tersebut antara lain, fase antisipatori, fase sensasi, dan fase akibat (*aftermath*). Fase tersebut bukan hanya memengaruhi gejala alami pasien, tetapi juga jenis terapi yang memiliki kemungkinan paling besar untuk mengatasi nyeri.

Pasien pada fase antisipatori akan dapat merasa cemas atau takut atau pasien mungkin mengajukan pertanyaan tentang nyeri yang akan dirasakannya lagi. Pasien pada fase sensasi umumnya memperlihatkan tanda dan gejala ketidaknyamanan. Dengan demikian perawat sebaiknya tidak mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara rinci.

b. Ekspresi Nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal pasien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal. Anak-anak yang masih kecil mungkin tidak mengerti makna “nyeri” sehingga dalam melakukan pengkajian perawat perlu menggunakan kata-kata, seperti “ouh”, “aduh”, atau “sakit”.

c. Karakteristik Nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah atau keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis *symptom* meliputi PQRST. P (*paliatif* atau *provocatif*) merupakan yang menyebabkan timbul masalah, Q (*quality* dan *quantity*) merupakan kualitas dan kuantitas, R (*region*) merupakan lokasi nyeri, S (*severity*) adalah keparahan, T (*Timing*) merupakan waktu.

d. Pengukuran Nyeri

Skala penilaian *Numerical Rating Scales* (NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat 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 terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.

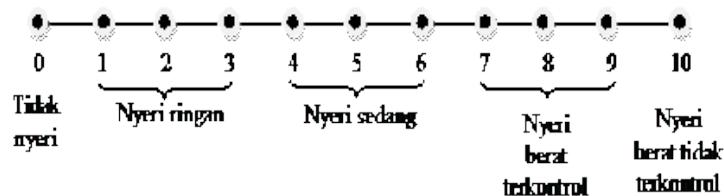
2. Patofisiologi Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Sedang (CKS)

Pasien dengan CKS memiliki GCS 9- 13 berdasarkan keparahan cedera pasien CKS mengalami kehilangan kesadaran selama 30 menit namun kurang dari 24 jam, dapat mengalami fraktur tengkorak, diikuti dengan kontusia serebral, laserasi, hematoma intrakranial. Terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot dan vaskuler kemudian terjadinya komusio sereberi yaitu setelah cedera kepala hilangnya fungsi neurologik sementara tanpa terjadinya kerusakan struktur. Secara klinis didapat penderita pernah atau sedang tidak sadar kurang dari 30 menit, disertai sakit kepala, pusing, mual muntah dan adanya amnesi retrograde ataupun antegrade getaran otak sedikit saja akan menimbulkan pusing dan berkunang-kunang (Andra & Yessie, 2013).

Munculnya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dengan adanya rangsangan. Reseptor nyeri tersebut pada kulit dan mukosa dimana reseptor nyeri memberikan respon jika adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimia seperti histamine, bradikinin, prostglandin dan macam-macam asam yang terlepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigen. Nyeri dapat dirasakan jika reseptor nyeri tersebut menginduksi serabut saraf perifer aferen yaitu serabut A delta dan serabut saraf C. Serabut A delta memiliki myelin, berukuran sangat kecil, menyampaikan impuls yang terlokalisasi buruk, visceral terus-menerus. Ketika serabut saraf C dan A-delta menyampaikan rangsang dari serabut saraf perifer maka akan melepaskan mediator biokimia yang aktif terhadap respon nyeri, seperti kalium dan prostaglandin yang keluar jika ada jaringan yang rusak (Potter & Perry, 2010).

3. Cara Menilai Nyeri Akut

Penilaian nyeri menggunakan skala penilaian NRS (*Numerical Rating Scales*) lebih digunakan sebagai pengganti alat 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 terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 (Potter & Perry, 2010).



Gambar 1. Skala Pengukuran Nyeri Pada Pasien CKS

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

Keterangan

- 0 : tidak nyeri
- 1-3 : nyeri ringan (secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6 : nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : nyeri berat secara objektif klien 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 : pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul.

4. Dampak

Dampak nyeri akut pada bagian kepala pada pasien CKS dapat menimbulkan masalah keperawatan lainnya yaitu gangguan pola tidur, ansietas dan gangguan aktifitas fisik. Sebanyak 50 % pasien cedera kepala ringan di RSUP Sanglah mengalami gangguan tidur. (BaliPost, 2015)

5. Manajemen Nyeri Akut

Dalam mengatasi atau memajemen nyeri pada pasien CKS perlu dilakukan upaya-upaya dalam mengatasi nyeri yang dialami pasien. Menurut S. Andarmoyo (2013) manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologis. Manajemn nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan dari seorang perawat dalam mengatasi respon nyeri pasien.

Menejemen nyeri nonfarmakologis sangat beragam, banyak literatur yang membicarakan mengenai teknik-teknik pereda nyeri, beberapa mengenai tindakan tersebut antar lain :

1. Bimbingan antisipasi
2. Terapi es dan panas/ kompres panas atau dingin
3. Stimulasi Saraf Elektrik Transkutan (TENS)
4. Distraksi
5. Imajinasi termbimbing
6. Relaksasi
7. Hipnosis

8. Akupuntur
9. Umpan balik biologis
10. Massase

B. Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKS dengan Masalah Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal atau dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan. Pengumpulan data ini harus dapat menggambarkan status kesehatan klien, dan keluhan masalah yang dialami (Hutahaen, 2010). Pengkajian keperawatan pada pasien CKS dengan nyeri akut menurut Andra & Yessie, (2013) adalah :

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, wajah tidak simetris, lemah, paralys, perdarahan, fraktur, hilang kesadaran, sulit menggengam, amnesia seputar kejadian, tidak bisa beristirahat, 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.

c. Kebutuhan Aman 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 :

Tabel 1

Pengkajian nyeri akut pada pasien CKS

Pengkajian Nyeri	
P <i>Provokes/palliates</i>	Apakah yang menyebabkan gejala? apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya?
Q <i>Quality</i>	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)
R <i>Radiates</i>	Apakah nyerinya menyebar? menyebar kemana? Apakah nyeri terlokalisasi di satu titik atau bergerak?
S <i>Severity</i>	Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa)? (1-10)
T <i>Time</i>	Kapan mulai timbul? seberapa sering gejala terasa? Apakah tiba-tiba atau bertahap?

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

2. Diagnosa

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017a) Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau

proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Nyeri akut dengan gangguan pencedera fisik trauma.

Tabel 2

Diagnosa Keperawatan Pada PaiseN Nyeri Akut

Nyeri Akut

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kemanan

Definisi
 Pengalaman sensorik dan emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

Penyebab

- Agen pencedera Fisiologis (mis.inflamasi,iskemia,neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis.terbakar dan bahan kimia iritaan)
- Agen pencedera fisik (mis.abses,amputasi,terbakar,terpotong,mengangkat berat,prosedur oprasi,trauma,latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

<p>Subjektif Mengeluh nyeri</p>	<p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringgis 2. Bersikap protekif misalnya (waspada posisi meghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekwensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
--	--

<p>Gejala dan Tanda Minor</p> <p>Subjektif (tidak tersedia)</p>	<p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah meningkat • Pola nafas berubah • Nafsu makan berubah • Proses berfikir terganggu • Menarik diri • Berfokus pada diri sendiri • Diaforesis
---	--

3. Intervensi

Perencanaan adalah bagian dari proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan kriteria hasil, penetapan rencana tindakan yang diberikan pada klien untuk memecahkan masalah yang dialami klien serta rasional dari masing-masing rencana tindakan yang akan diberikan (Hutahaen, 2010).

Penulis memberikan intervensi keperawatan dengan diagnosa nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan intervensi berdasarkan NOC (*Nursing Outcome Classification*) adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat kenyamanan klien meningkat, nyeri terkontrol dengan kriteria hasil: (1) mampu 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 (Moorhead et al, 2016). Adapun intervensi yang dilakukan dimulai dari dilakukan berdasarkan NIC (*Nursing International Classification*) yang terdiri dari Manajemen nyeri dan Manajemen Obat : (1) pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas dan faktor precipitasi, (2) Monitoring vital sign, (3) Observasi reaksi nonverbal, (4) Ajarkan teknik nonfarmakologi seperti relaksasi nafas dalam ketika melakukan aktifitas yang menimbulkan nyeri terjadi atau meningkat, dan bersamaan dengan tindakan penurunan rasa nyeri lainnya, (5) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan, (6) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan (misalnya suhu, ruangan, pencahayaan, dan suara bising), (7)

Berikan pasien dan keluarga mengenai informasi tertulis dan visual untuk meningkatkan pemahaman diri mengenai pemberian obat yang tepat, (8) Beri analgetik untuk mengurangi nyeri (delegatif), (9) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan bila tindakan tidak berhasil, (10) Evaluasi keefektifan dari tindakan pengontrolan nyeri yang dipakai selama pengkajian nyeri dilakukan (Bulechek, et al 2016).

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter & Perry, 2010). Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan (Perry & Potter, 2010).

Format yang dapat digunakan untuk evaluasi keperawatan menurut Dinarti et al, (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 et al. (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

