

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Cedera kepala merupakan sebuah proses dimana terjadi cedera langsung atau deselerasi terhadap kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan tengkorak dan otak (Pierce dan Neil, 2014).

Cedera kepala (trauma capitis) adalah cedera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis (Sjahrir, 2012).

Menurut Brain Injury Assosiation of America (2006), cedera kepala merupakan kerusakan yang disebabkan oleh serangan ataupun benturan fisik dari luar, yang dapat mengubah kesadaran yang dapat menimbulkan kerusakan fungsi kognitif maupun fungsi fisik. Cedera kepala merupakan suatu trauma atau ruda paksa yang mengenai struktur kepala yang dapat menimbulkan gangguan fungsional jaringan otak atau menimbulkan kelainan struktural (Sastrodiningrat, 2007).

Beratnya cedera kepala ditentukan berdasarkan Skore GCS. Adapun klasifikasinya yaitu sebagai berikut (Marbun et al., 2020) :

a. Cedera kepala ringan

Nilai GCS pada cedera kepala ringan adalah 13-15 yang dapat menyebabkan kehilangan kesadaran atau amnesia yang terjadi kurang dari 30 menit. Tidak memerlukan tindakan operasi.

b. Cedera kepala sedang

Nilai GCS pada cedera kepala sedang adalah 9-12 yang dapat menyebabkan kehilangan kesadaran atau amnesia yang terjadi lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam. Kemungkinan memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial.

c. Cedera kepala berat

Nilai GCS pada cedera kepala berat adalah 3-8 yang dapat menyebabkan kehilangan kesadaran atau amnesia yang terjadi lebih dari 24 jam.

Jadi cedera kepala ringan merupakan trauma mekanik yang mengenai kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan tengkorak dan otak dengan nilai GCS 13 – 15 yang dapat menyebabkan kehilangan kesadaran tetapi tidak memerlukan operasi

2. Etiologi

Menurut Tarwoto (2007), penyebab cedera kepala adalah karena adanya trauma yang dibedakan menjadi 2 faktor yaitu :

a. Trauma primer

Trauma primer terjadi karena benturan langsung atau tidak langsung (akselerasi dan deselerasi)

b. Trauma sekunder

Terjadi akibat dari trauma saraf (melalui akson) yang meluas, hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea atau hipotensi sistemik.

c. Kecelakaan lalu lintas

d. Pukulan dan trauma tumpul pada kepala

e. Terjatuh

f. Benturan langsung dari kepala

g. Kecelakaan pada saat olahraga

h. Kecelakaan industri.

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Mansjoer, 2000 :

a. Pingsan tidak lebih dari sepuluh menit

b. Setelah sadar timbul nyeri

c. Pusing

d. Muntah

e. GCS : 13-15

f. Tidak terdapat kelainan neurologis

g. Pernafasan secara progresif menjadi abnormal

h. Respon pupil lenyap atau progresif menurun

i. Nyeri kepala dapat timbul segera atau bertahap

Tanda dan gejala yang ditimbulkan pada cedera kepala tergantung pada tingkat keparahannya meliputi (Haryanto & Utami, 2020) :

a Tanda dan gejala cedera kepala ringan

- 1) Sakit kepala
- 2) Sensasi berputar
- 3) Kebingungan ringan
- 4) Mual

b Tanda dan gejala cedera kepala yang parah meliputi :

- 1) Kehilangan kesadaran
- 2) Kejang
- 3) Muntah
- 4) Disorientasi serius
- 5) Ketidakmampuan untuk memfokuskan mata
- 6) Masalah keseimbangan atau koordinasi
- 7) Hilangnya kontrol otot
- 8) Hilang ingatan
- 9) Gerakan mata abnormal
- 10) Sakit kepala terus menerus
- 11) Bocornya cairan bening dari telinga atau hidung

4. Patofisiologi

Kerusakan langsung pada jaringan otak seperti laserasi dapat langsung mengganggu fungsi otak. Kerusakan lebih lanjut dapat terjadi segera setelah pembekuan darah yang dipicu oleh cedera awal.

Setiap cedera otak traumatis menimbulkan edema serebral dan mengurangi aliran darah serebral. Tulang tengkorak tetap berukuran sama (dibatasi oleh tengkorak) dan diisi dengan cairan serebrospinal nonkompresi dan jaringan otak minimal kompresibel sehingga mengakibatkan pembengkakan atau hematoma intrakranial tidak dapat berkembang sehingga meningkatkan tekanan intrakranial (Haryanto & Utami, 2020).

Aliran darah serebral sebanding dengan tekanan perfusi serebral, yang merupakan perbedaan antara tekanan arteri rata-rata dan tekanan intrakranial. Oleh karena itu, ketika tekanan intrakranial meningkat atau tekanan arteri rata-rata menurun, tekanan perfusi serebral menurun. Iskemia otak terjadi ketika tekanan perfusi serebral menurun dibawah 50 mmHg. Iskemia dan edema dapat memicu beberapa mekanisme sekunder cedera (misalnya, pelepasan neurotransmitter, kalsium intraseluler, radikal bebas, dan sitokin) yang menyebabkan kerusakan sel lebih lanjut, edema lanjut, dan peningkatan lebih lanjut pada tekanan intrakranial. Komplikasi sistemik dari trauma (misalnya hipotensi, hipoksia) juga dapat menyebabkan iskemia serebral yang sering disebut sebagai cedera otak sekunder (Haryanto & Utami, 2020).

Tekanan intrakranial yang berlebihan awalnya akan menyebabkan disfungsi otak secara keseluruhan. Tekanan intrakranial yang berlebihan dapat mendorong jaringan otak di tentorium atau melalui foramen magnum, yang menyebabkan herniasi otak dan

meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Jika tekanan intrakranial meningkat menjadi tekanan arteri rata-rata yang sama, tekanan perfusi serebral menjadi nol menyebabkan iskemia serebral lengkap dan kematian otak. Kurangnya aliran darah kranial adalah bukti objektif kematian otak (Haryanto & Utami, 2020).

5. Penatalaksanaan

Secara umum, pasien dengan cedera kepala harusnya dirawat di rumah sakit untuk observasi. Pasien harus dirawat jika terdapat penurunan tingkat kesadaran, fraktur kranium dan tanda neurologis fokal. Cedera kepala ringan dapat ditangani hanya dengan observasi neurologis dan membersihkan atau menjahit luka / laserasi kulit kepala. Untuk cedera kepala berat, tatalaksana spesialis bedah saraf sangat diperlukan setelah resusitasi dilakukan.

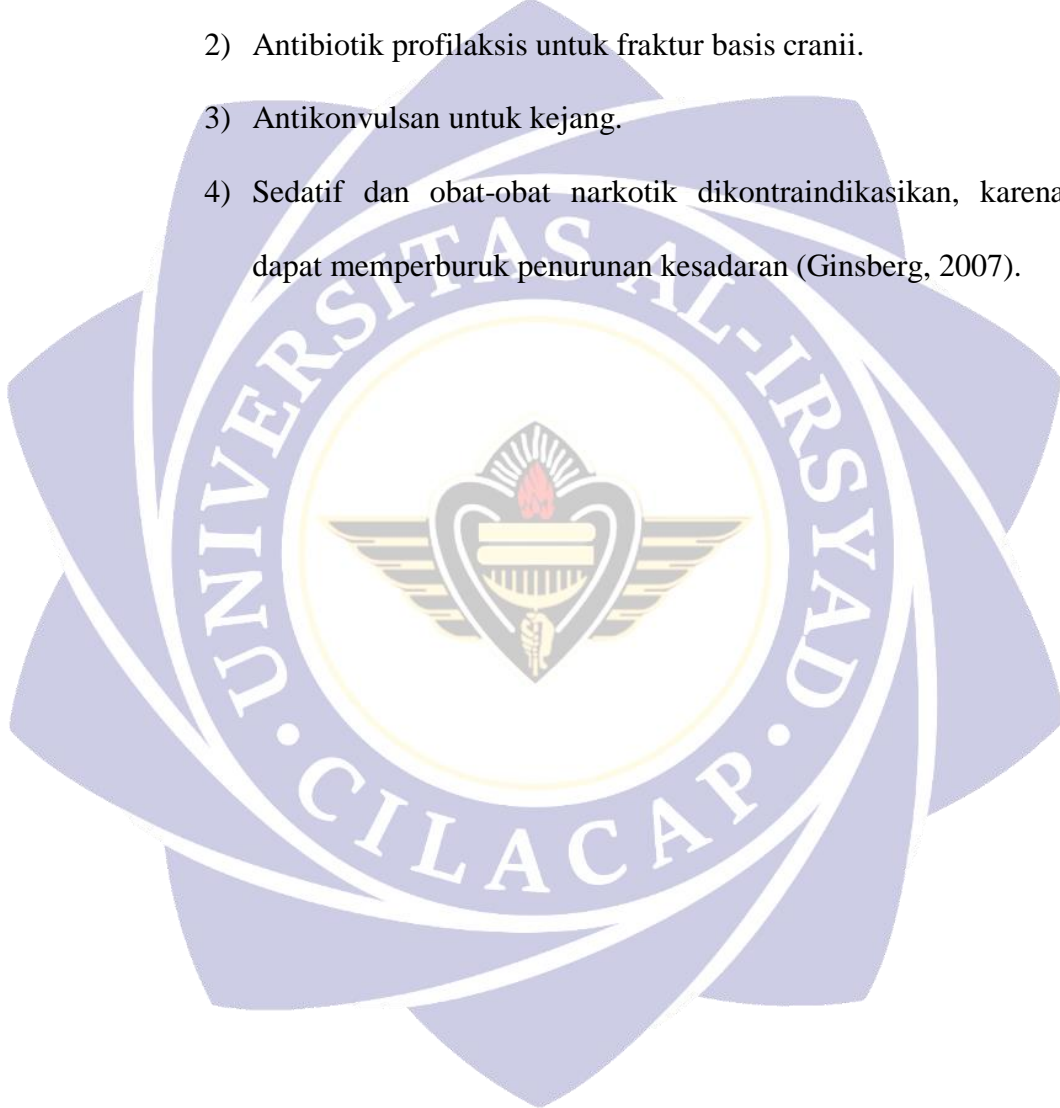
Aspek spesifik terapi cedera kepala dibagi menjadi dua kategori:

a. Bedah

- 1) Intrakranial: evakuasi bedah saraf segera pada hematom yang mendesak ruang.
- 2) Ekstrakranial: inspeksi untuk komponen fraktur kranium yang menekan pada laserasi kulit kepala. Jika ada, maka hal ini membutuhkan terapi bedah segera dengan debridement luka dan menaikkan fragmen tulang untuk mencegah infeksi lanjut pada meningen dan otak.

b. Medikamentosa

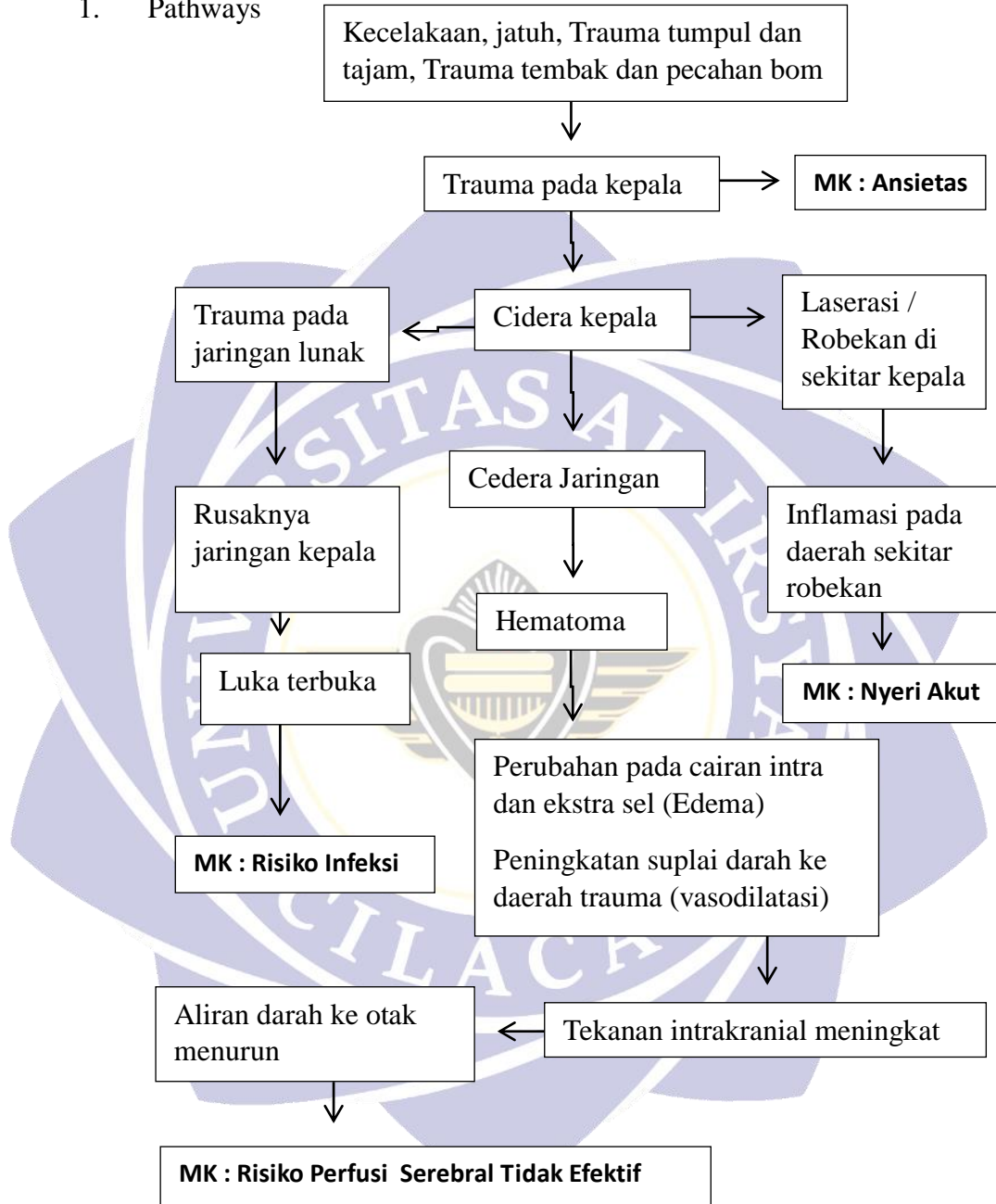
- 1) Bolus manitol (20%, 100 ml) intravena jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Hal ini dibutuhkan pada tindakan darurat sebelum evakuasi hematom intrakranial pada pasien dengan penurunan kesadaran.
- 2) Antibiotik profilaksis untuk fraktur basis cranii.
- 3) Antikonvulsan untuk kejang.
- 4) Sedatif dan obat-obat narkotik dikontraindikasikan, karena dapat memperburuk penurunan kesadaran (Ginsberg, 2007).



B. Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pathways



2. Pengkajian

Data fokus yang perlu di kaji :

- a. Biodata Pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal MRS, no. RM, diagnosa medis, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal pengkajian
- b. Biodata penanggungjawab, meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, hubungan dengan pasien
- c. Riwayat kesehatan meliputi : keluhan utama, kapan cedera terjadi, penyebab cedera, riwayat tak sadar, amnesia, riwayat kesehatan yang lalu, dan riwayat kesehatan keluarga.
- d. Pemeriksaan fisik
Keadaan umum
- e. Pemeriksaan persistem
 - 1) System persepsi dan sensori (pemeriksaan panca indra, penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan perasa)
 - 2) System persarafan (tingkat kesadaran/nilai GCS, reflek bicara, pupil, orientasi waktu dan tempat)
 - 3) Sistem pernafasan (nilai frekuensi nafas, kualitas, suara, dan kepatenan jalan nafas)
 - 4) Sistem kardiovaskuler (nilai TD, nadi, irama, kualitas dan frekuensi)
 - 5) Sistem gastrointestinal (nilai kemampuan menelan, nafsu makan/minum, peristaltik, eliminasi)

- 6) Sistem integumen (nilai warna, turgor, tekstur dari kulit, luka/lesi)
- 7) Sistem reproduksi
- 8) Sistem perkemihan (nilai frekuensi b.a.k, volume b.a.k)
- 9) Pola fungsi kesehatan
 - a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan (termasuk adakah kebiasaan merokok, minum alkohol, dan penggunaan obat-obatan)
 - b) Pola aktivitas dan latihan (adakah keluhan lemas, pusing, kelelahan, dan kelemahan otot)
 - c) Pola nutrisi dan metabolisme (adakah keluhan mual, muntah)
 - d) Pola eliminasi
 - e) Pola tidur dan istirahat
 - f) Pola kognitif dan perceptual
 - g) Persepsi diri dan konsep diri
 - h) Pola toleransi dan coping stres
 - i) Pola seksual dan reproduksi
 - j) Pola hubungan dan peran
 - k) Pola nilai dan keyakinan

3. Diagnosa keperawatan

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D. 0077)

1) Definisi

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

2) Penyebab

Agen pencedera fisik (trauma)

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjek : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Gejala dan tanda minor

Subjek : tidak tersedia

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

b. Ancietas b.d krisis situasional (D.0080)

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif indivisu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya

yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

Krisis situasional

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi

Objektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya

Objektif : frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoreses, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi terkait : penyakit kronis progresif

c. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala (D.0017)

1) Definisi

Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

2) Faktor Risiko

Cedera kepala

3) Kondisi klinis terkait

Cedera kepala

d. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)

1) Definsi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Factor risiko

Efek prosedur invasif

3) Kondisi klinis terkait

Tindakan invasif.

4. Intervensi

Menurut panduan SLKI dan SIKI, diagnosa keperawatan yang disusun diatas, berikut rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah sebagai berikut:

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik. Tujuan setelah dilakukan

Tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun.

Dengan kriteria hasil (L.08066) : keluhan nyeri cukup menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun.

Rencana tindakan antara lain:

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

3) Identifikasi respon nyeri non verbal

4) Monitor keberhasilan terapi komplementer

- 5) Monitor efek samping penggunaan analgetic
- 6) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 8) Fasilitas istirahat dan tidur
- 9) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri
- 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 11) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 12) Kolaborasi analgetic bila perlu.

b. Ancietas b.d kritis situasional.

Tujuan setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat ancietas pasien menurun dengan kriteria hasil (L.09093) verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun.

Rencana tindakan antara lain:

- 1) Identifikasi saat tingkat ancietas berubah
- 2) Monitor tanda-tanda ancietas (verbal dan non verbal)
- 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 4) Pahami situasi yang membuat ancietas
- 5) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

- 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
 - 9) Jelaskan prosedur termasuk sesuai yang mungkin dialami
 - 10) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
 - 11) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - 12) Latih Teknik relaksasi.
- c. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala (D.0017).

Tujuan setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil (L.02014): tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.

Rencana tindakan antara lain:

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK
 - 2) Monitor peningkatan TD
 - 3) Monitor pelebaran tekanan nadi
 - 4) Monitor ireguleritas irama nafas
 - 5) Monitor penurunan tingkat kesadaran
 - 6) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
 - 7) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
- d. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif

Tujuan setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil (L.14137) demam menurun, nyeri menurun, bengkak menurun.

Rencana tindakan antara lain:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

5. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah sebuah fase dimana perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan terminology SDKI implementasi terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan Tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melakukan intervensi (Berman et al, 2016).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan komponen terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi merupakan upaya untuk menentukan apakah seluruh proses sudah berjalan dengan baik atau belum. Apakah hasil tidak mencapai tujuan maka pelaksanaan Tindakan diulang Kembali dengan melakukan berbagai perbaikan. Sebagai suatu proses evaluasi ada empat dimensi yaitu:

- a. Dimensi keberhasilan, yaitu evaluasi dipusatkan untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan
- b. Dimensi ketepatangunaan yaitu evaluasi yang dikaitkan sumber daya
- c. Dimensi kecocokan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecocokan kemampuan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan
- d. Dimensi kecukupan, yaitu evaluasi yang berkaitan dengan kecukupan perlengkapan dari Tindakan yang telah dilaksanakan (Effendy, 2008)

Evaluasi merupakan kegiatan membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Kerangka kerja evaluasi sudah terkandung dalam rencana perawatan jika secara jelas telah digambarkan tujuan perilaku yang spesifik maka hal ini dapat berfungsi sebagai kriteria evaluasi bagi tingkat aktivitas yang telah dicapai. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional. Tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir (Friedman, 2017).

Evaluasi disusun menggunakan SOAP (Suprajitno, 2013)
diantaranya:

S : ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan

O : keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif

A : merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif

P : perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

C. Evidence Base Practice (EBP)

1. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman dan individual yang tidak dapat dirasakan atau dibagi dengan orang lain. Secara umum nyeri adalah suatu rasa tidak nyaman, baik ringan maupun berat yang menyangkut dua aspek yaitu psikologis dan fisiologis, dimana keduanya dipengaruhi faktor-faktor seperti budaya, usia, lingkungan dan sistem pendukung, pengalaman masa lalu, kecemasan dan stress (Potter, 2006; Smeltzer, 2002).

Nyeri adalah sensori serta emosi yang tidak menyenangkan dan meningkat akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, digambarkan dalam istilah seperti kerusakan (Wilkinson, 2007).

International Association for Study of Pain (IASP) mendeskripsikan nyeri sebagai suatu pengalaman emosional yang

tidak menyenangkan dan rangsangan sensori yang bersifat subjektif, yang dapat diakibatkan oleh kerusakan jaringan akut ataupun kejadian- kejadian yang menyebabkan terjadinya kerusakan (Potter & Perry, 2005).

b. Klasifikasi Nyeri

1) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, intervensi bedah atau penyakit tertentu dengan proses yang cepat dan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), serta berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan) (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan intermiten yang menetap dalam suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lama (lebih dari 6 bulan) (Potter & Perry, 2005).

2) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal Nyeri

a) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri terjadi akibat aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang berfungsi menghantarkan stimulus noxius. Nyeri nosiseptif dapat terjadi karena adanya stimulus yang

mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan jaringan lainnya (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan nyeri yang dihasilkan akibat suatu cedera atau abnormalitas yang terjadi pada struktur saraf perifer maupun sentral, dan nyeri ini cenderung lebih sulit untuk diobati (Andarmoyo, 2013).

3) Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

a) Superfisial atau Kutaneus

Nyeri superfisial adalah nyeri yang disebabkan karena terdapat stimulus pada kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung singkat dan terlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

b) Visceral Dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulus pada organ-organ internal. Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar ke daerah lainnya. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan yang berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

c) Nyeri Alih

Nyeri alih (referred pain) merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ yang tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013)

d) Radiasi

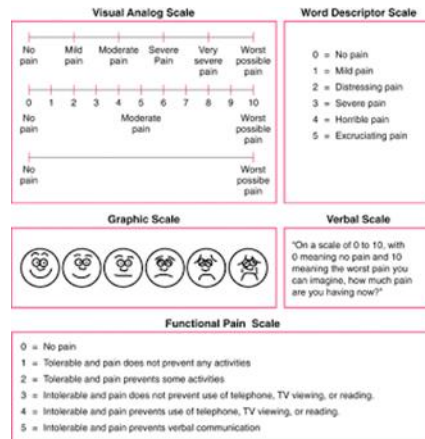
Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristik nyeri seakan terasa menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

c. Penilaian Nyeri

Untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang antara lain :

1) Visual Analogue Scale (VAS)

VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata. Ujung kiri pada VAS menunjukkan “tidak ada rasa nyeri”, sedangkan ujung kanan menandakan “nyeri yang paling berat” (Potter & Perry, 2006).



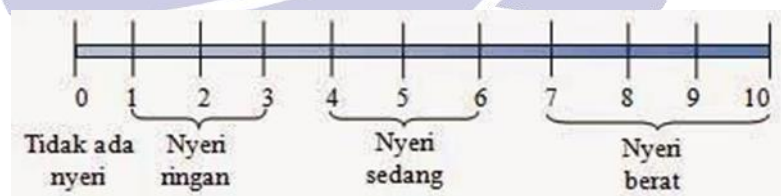
Gambar 2.1 Visual Analogue Scale (VAS)

Penjelasan tentang intensitas digambarkan sebagai berikut :

Skala 0 : berarti tidak terjadi nyeri.

- a) Skala 1-3 : digambarkan seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules.
- b) Skala 4-6 : digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk.
- c) Skala 7-9 : merupakan skala sangat nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien
- d) Skala 10 : merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol

2) Numeric Rating Scale (NRS)



Gambar 2.2 Numeric Rating Scale (NRS)

- a) Skala 0: tidak ada nyeri

- b) Skala 1-3 : nyeri yang ringan, dan dapat ditahan
- c) Skala 4-6 : nyeri sedang dan mengganggu, memerlukan usaha untuk menahan
- d) Skala 7-10 : nyeri berat dan sangat mengganggu, tidak dapat ditahan, dapat disertai meringis, menjerit, menangis, bahkan sampai teriak

2. Jurnal Nyeri dan Relaksasi Nafas Dalam

- a. Reza Nuurdoni (2019) Penerapan slow deep breathing terhadap nyeri CKR di IGD Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan pada tanggal 15 maret 2019 kepada 5 pasien yang mengalami CKR di IGD Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. Terdapat 80% pasien mengalami nyeri sedang dengan skala nyeri 5-6. Sedangkan 20% pasien mengalami nyeri ringan dengan skala nyeri 2-3, dari 5 pasien tersebut rata-rata belum mengetahui cara mengurangi nyeri dengan menggunakan teknik nonfarmakologi lain, karena saat wawancara pasien yang mengalami nyeri sedang dan sudah diberikan obat pengurang nyeri tetapi masih merasakan nyeri.
- b. Sunarno, S.Kep, Ners (2021) RELAKSASI TARIK NAFAS DALAM PADA PASIEN POST OPERASI SECTIO CAESAREA. Jurnal Buletin Kesehatan Jiwa Volume 1 No 2, Hal 1 – 4, Oktober 2021. RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah. Dari jurnal tersebut bahwa sebaiknya teknik relaksasi nafas dalam yang dilakukan secara berulang dengan benar dan dengan pendekatan secara religius,

sehingga dapat merangsang rasa nyaman, yang pada akhirnya akan meningkatkan toleransi persepsi dalam menurunkan rasa nyeri yang dialami. Jika seseorang mampu meningkatkan toleransinya terhadap nyeri maka seseorang akan mampu beradaptasi dengan nyeri, dan juga akan memiliki pertahanan diri yang baik pula.

- c. Mochamad Tri Hastomo, Bambang Suryadi (2018) Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Skala Nyeri Pada Saat Pemasangan Infus di Instalasi Gawat Darurat. Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia Vol. 8 No. 2 Juni 2018. Dalam jurnal tersebut membahas tentang Skala nyeri pada saat pemasangan infus pada pasien yang menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ciawi Kabupaten Bogor adalah skala nyeri 1.6, yaitu antara skala nyeri satu (sedikit nyeri) dan skala nyeri dua (sedang). Penggunaan tehnik relaksasi nafas dalam pada saat pemasangan infus antara menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam sebagian lagi tidak menggunakan tehnik relaksasi nafas dalam berbanding sama.

Salah satu tanda dan gejala cedera kepala adalah nyeri di area kepala. Nyeri akut pada kepala merupakan keluhan yang paling sering terjadi pada cedera kepala ringan, yaitu sekitar 82%. Selain peran tenaga medis seperti dokter yang mendiagnosis penyakit pasien dan memberikan terapi pengobatan, peran tenaga keperawatan juga sangat penting sebagai partner dokter yang selalu merawat pasien 24 jam dan mengetahui kondisi

langsung pasien yang dirawatnya dalam penatalaksanaan cedera kepala ringan khususnya nyeri.

Salah satu tindakan keperawatan untuk memberikan rasa nyaman dan menurunkan nyeri kepala akut pada pasien cedera kepala ringan adalah dengan melakukan latihan relaksasi nafasa dalam atau dengan teknik distraksi. Metode penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan medikal bedah yaitu pengkajian, diganosa keperawatan, intervensi, dan evaluasi pada dua orang sampel sebagai subjek penelitian.

Penerapan teknik distraksi nafas dalam dilakukan kepada kedua subjek dalam implementasi keperawatan. Diagnosa utama pada utama pada Cidera Kepala Ringan adalah Nyeri Akut. Hasil penelitian diperoleh terdapat penurunan skala nyeri setelah diintervensi teknik distraksi nafas dalam dan disertai pemberian obat. Diharapkan perawat dapat menerapkan teknik non farmakologi terlebih dahulu sebelum pemberian terapi pengobatan sehingga dapat menurunkan ketergantungan terhadap obat dalam perawatan pasien cidera kepala ringan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan tentang pengaruh teknik relaksasi terhadap intensitas nyeri pada pasien pasca operasi fraktur didapatkan hasil: ada pengaruh teknik relaksasi terhadap perubahan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi fraktur di Irina A BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, tingkat nyeri pasca operasi fraktur sebelum dilakukan teknik relaksasi yaitu: nyeri ringan 1 orang, nyeri sedang 8 orang, nyeri hebat terkontrol 11 orang.