

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Cedera kepala adalah gangguan yang terjadi akibat dampak fisik seperti benturan, pukulan, atau tekanan pada kepala, yang mengganggu fungsi normal otak. Trauma kepala dapat dikelompokkan menjadi tiga tingkat, yaitu ringan, sedang, dan berat, berdasarkan Glasgow Coma Scale (GCS), di mana dikategorikan sebagai ringan jika GCS berkisar antara 13-15, sedang jika GCS berkisar antara 9-12, dan berat jika GCS berkisar antara 3-8. Semakin berat cedera kepala, maka semakin tinggi risiko kematian pada pasien (Simanjuntak, 2020).

Cedera kepala adalah kondisi traumatis yang memengaruhi fungsi otak dan dapat melibatkan atau tidak melibatkan perdarahan di dalam jaringan otak. Jika tidak segera dan dengan tepat ditangani, dapat meningkatkan risiko keparahan dan tingkat kematian. Penanganan yang tidak optimal dan keterlambatan dalam merujuk pasien dapat memperburuk kondisi penderita (Maria Putri Sari Utami, 2021).

2. Etiologi

Penyebab cedera kepala adalah trauma pada kepala, termasuk jatuh yang tak terduga, kecelakaan kendaraan bermotor, dampak benda tumpul, benturan dengan objek bergerak, dan benturan kepala pada objek diam (Manurung, 2018). Kecelakaan lalu lintas adalah penyebab paling umum.

Pada Cedera Kepala Sedang (CKS) dengan skor Glasgow Coma Scale (GCS) antara 9-12, penderitanya mengalami hilangnya kesadaran atau amnesia selama lebih dari 30 menit, tetapi kurang dari 24 jam, dan ini dapat disertai dengan patah tulang tengkorak. Selain itu, pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang (CKS), juga mungkin terjadi kelemahan di salah satu bagian tubuh, disertai kebingungan, bahkan penurunan tingkat kesadaran hingga koma. Pasien dapat mengalami muntah secara proyektil atau dengan semburan kuat, serta terjadi kelainan pada ukuran pupil mata. Terjadi kejang pada otot dan adanya defisit neurologis yang mencakup gangguan penglihatan dan pendengaran. Manifestasi ini dapat tergantung pada lokasi cedera pada otak. Apabila ada perdarahan dan patah tulang tengkorak, ini dapat menghasilkan hematoma yang menyebabkan peningkatan tekanan dalam tengkorak (intrakranial), sehingga pasien mungkin merasakan nyeri kepala atau pusing (Maria Putri Sari Utami, 2021).

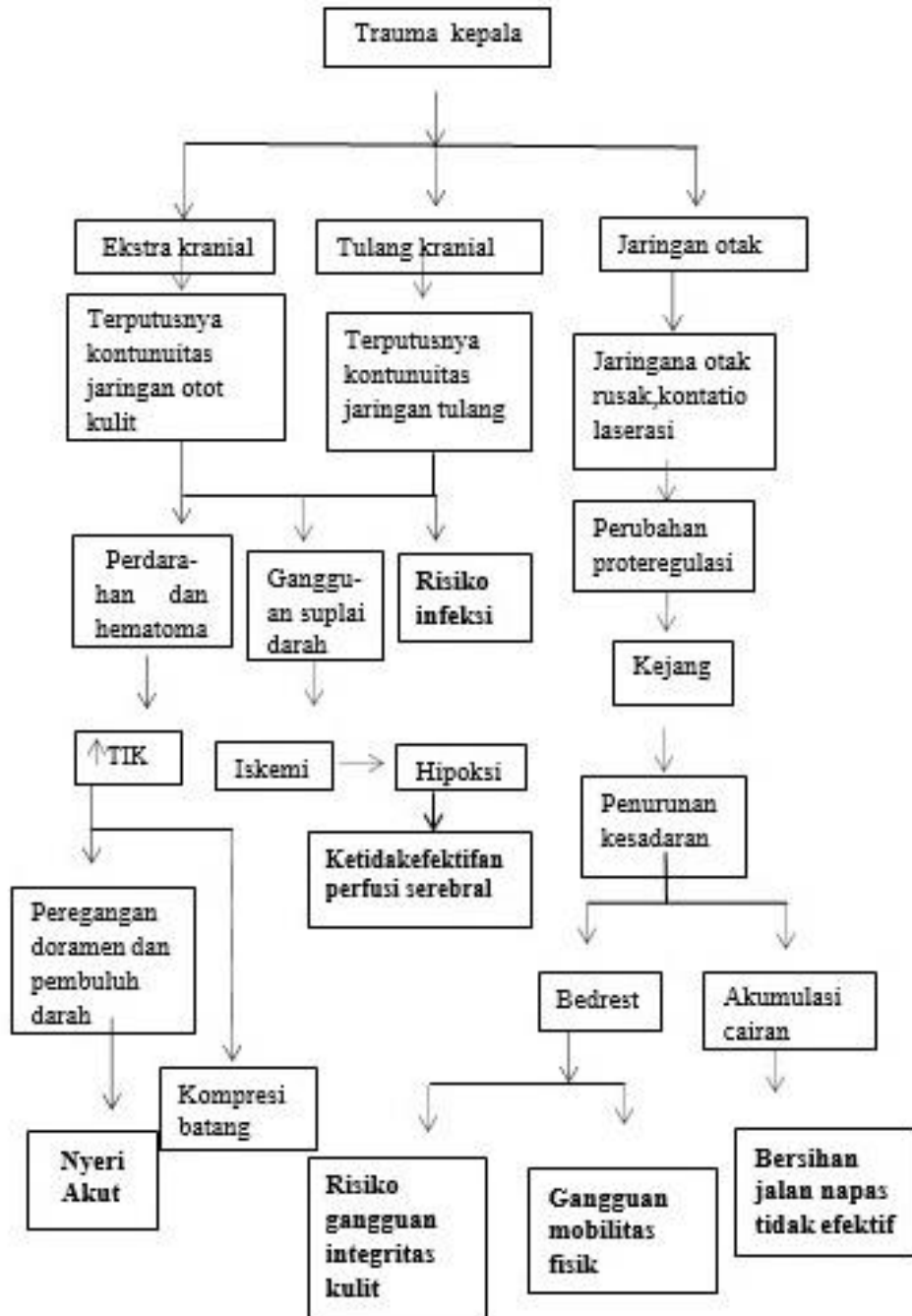
3. Tanda dan Gejala

Tanda-tanda klinis yang muncul melibatkan gangguan tingkat kesadaran, kebingungan, perubahan ukuran pupil yang tidak normal, serta perubahan dalam tanda-tanda vital. Pasien juga dapat mengalami masalah dalam penglihatan dan pendengaran, gangguan sensorik, kejang otot, nyeri kepala, sensasi berputar (vertigo), gangguan dalam pergerakan, serta kejang dan dampak lainnya yang mungkin muncul pada pasien dengan cedera kepala (N Nika Hartanti, 2022).

4. Patofisiologi

Cedera kepala meliputi cedera primer dan sekunder. Cedera kepala primer merupakan akibat langsung dari trauma yang menimbulkan kerusakan mekanis. Sedangkan cedera kepala sekunder dimulai pada saat terjadi cedera hingga beberapa jam bahkan hari. Akibat trauma yang terjadi, sel otak dapat mengalami kerusakan dan terjadi gangguan dalam proses metabolisme. Rangsangan sistem saraf simpatis yang meningkat dapat menyebabkan peningkatan resistensi dalam sistem pembuluh darah tubuh dan meningkatkan tekanan darah. Sementara itu, penurunan tekanan dalam pembuluh darah di paru-paru dapat menyebabkan peningkatan dalam tekanan hidrostatis, yang dapat mengakibatkan kebocoran cairan dari pembuluh darah ke dalam jaringan sekitarnya. Trauma juga bisa menyebabkan pembengkakan (edema) dan penumpukan darah (hematoma) di dalam otak, yang pada akhirnya meningkatkan tekanan dalam tengkorak. Oleh karena itu, pasien mungkin mengeluhkan gejala seperti pusing dan nyeri kepala yang parah pada area kepala (Lestari, 2021).

5. Pathway



Gambar 1 Pathway Cedera Kepala (Mawarni, 2020) Klasifikasi

Evaluasi cedera kepala sering dinilai dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) (Tim pusbankes, 2018). GCS digunakan untuk mengkategorikan keparahan cedera kepala menjadi tiga, yaitu:

- a. Cedera kepala ringan (CKR)1) GCS 13-15.
 - 1) Mungkin mengalami kehilangan kesadaran, tetapi durasinya kurang dari 30 menit.
 - 2) Tidak ada kerusakan pada tulang tengkorak atau otak.
 - 3) Tidak ada pembentukan hematoma.
- b. Cedera kepala sedang (CKS)
 - 1) Kehilangan kesadaran dengan skor GCS antara 9-12.
 - 2) Mungkin mengalami muntah.
 - 3) Dapat mengalami patah tulang tengkorak dengan tingkat disorientasi yang ringan (bingung).
- c. Cedera kepala berat (CKB)
 - 1) Skor GCS antara 3-8.
 - 2) Kehilangan kesadaran selama lebih dari 24 jam.
 - 3) Terdapat kerusakan pada tulang tengkorak dan otak (kontusio).
 - 4) Terdapat laceration (laserasi) atau hematoma di dalam tengkorak.

6. Faktor Resiko

Menurut (Mubarak et al., 2015), beberapa faktor yang dapat memengaruhi pengalaman nyeri meliputi:

- a. Etnik dan Nilai Budaya
- b. Tahap perkembangan
- c. Lingkungan dan individu pendukung
- a. Ansietas dan Stress

7. Komplikasi

Menurut Lestari (2021), cedera kepala dapat menyebabkan beberapa komplikasi, termasuk:

a. Edema Pulmonal

Edema paru terjadi karena tubuh sedang berusaha menjaga tekanan perfusi dalam keadaan yang stabil. Kenaikan tekanan intrakranial bisa mengakibatkan peningkatan tekanan darah sistemik untuk menjaga suplai darah yang memadai ke otak. Akibatnya, pembuluh darah di paru-paru menyempit, yang pada gilirannya menyebabkan peningkatan aliran darah ke paru-paru dan mengganggu perpindahan cairan ke alveolus.

b. Kejang

Kejang terjadi sebagai akibat dari gangguan pada sistem saraf dan seringkali muncul pada fase akut cedera kepala sedang. Oleh karena itu, perawat harus selalu waspada agar mencegah terjadinya kejang pada pasien. Kehadiran kejang ini dapat menyebabkan lidah

pasien jatuh ke belakang, yang pada gilirannya dapat menghambat kemampuan pasien untuk bernapas.

c. Kebocoran Cairan

Apabila cedera mencapai area tulang tengkorak, maka dapat terjadi patah tulang tengkorak yang menyebabkan kerusakan pada membran meningen (yang melapisi otak), sehingga cairan cerebrospinal (CSS) dapat bocor.

d. Infeksi

Jika luka terbuka pada tengkorak tidak dikelola dengan benar, ada risiko terjadinya infeksi sekunder. Infeksi ini dapat mengenai area membran meningen, yang disebut sebagai meningitis.

8. Penatalaksanaan

Menurut pedoman penanganan cedera kepala pada pasien (Lestari, 2021), langkah-langkah penanganan mencakup:

a. Keperawatan

- 1) Melakukan pengamatan terhadap pasien selama 24 jam
- 2) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan evaluasi neurologi.
- 3) Menstabilkan jalan napas (Airway), pernapasan (Breathing), dan peredaran darah (Circulation)
- 4) Memasang kateter untuk memonitor produksi urine pasien.
- 5) Pada anak, disarankan untuk menjalani istirahat dengan posisi berbaring.

b. Medis

1) Memberikan cairan infus non-osmotik, kecuali dextrose, karena dextrose dapat dengan cepat menghasilkan H_2O+CO_2 yang dapat menyebabkan pembengkakan otak (edema serebri).

2) Memberikan terapi obat-obatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

c. Jika terjadi fraktur pada tulang tengkorak atau lacerasi, pembedahan dapat menjadi pilihan tindakan yang diperlukan.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada pasien yang mengalami cedera kepala, penilaian difokuskan pada evaluasi status neurologis yang perlu dilakukan sebelum tindakan pengobatan dimulai (Fachruddin, 2020).

a. Anamnesa

Informasi yang diperoleh dari pasien mencakup data identitas seperti nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis (Fachruddin, 2020).

b. Pengkajian 13 Domain Nanda (Fachruddin,2020).

1) Domain 1 : Health promotion

a) Keluhan utama

Pada pasien yang mengalami cedera kepala, umumnya terjadi penurunan tingkat kesadaran.

b) Riwayat penyakit sekarang

Gejala yang mungkin timbul pada pasien melibatkan penurunan kesadaran, mual dan muntah, sakit kepala, kelemahan, kehilangan kemampuan bergerak (paralisis), perdarahan, fraktur, gangguan keseimbangan, kesulitan menggenggam, hilang ingatan terkait kejadian, insomnia, kesulitan pendengaran, penurunan indera pengecap dan penciuman, serta kesulitan dalam proses pencernaan atau menelan makanan.

c) Riwayat penyakit dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit pada sistem saraf sebelumnya, pengalaman trauma di masa lalu, catatan penyakit sistemik atau gangguan pernapasan, gangguan kardiovaskular, dan masalah metabolik dalam riwayat medisnya.

2) Domain 2: Nutrition (nutrisi)

Terdapat antropometri, biochemical, clinical, diet, energi, dan faktor.

3) Domain 3: Elimination

Gangguan pada ginjal, muntah darah, feses berdarah segar, tinja yang berwarna hitam (melena), diare, sembelit (konstipasi), dan perut yang terasa kembung.

4) Domain 4: *Activity rest*

Kelelahan, kelemahan, toleransi yang berkurang terhadap latihan fisik ringan, kebutuhan untuk istirahat yang lebih sering, detak jantung yang meningkat (takikardia), pernapasan yang lebih cepat (takipnea), kelemahan otot, dan penurunan kekuatan.

5) Domain 5: Persepsi/Kognisi

Keyakinan agama atau budaya berpengaruh terhadap pilihan pengobatan.

6) Domain 6 : Persepsi Diri

Pasien menolak atau menyangkal situasinya, merasa cemas, kurang kontak mata, gelisah, dan marah.

7) Domain 7: Hubungan Peran

Pasien merasa lemas dan kurang tertarik dengan lingkungannya.

8) Domain 8: Seksualitas

Pasien mengalami perubahan dalam fungsi seksualnya selama sakit.

9) Domain 9: Coping/Toleransi Stress

Pasien mengalami stres akibat situasinya, kesulitan ekonomi, dan menghadapi masalah sosial. Domain 10: Prinsip Hidup

Pasien mengalami sakit kepala, mudah marah, kesulitan berkonsentrasi, dan rentan terhadap infeksi.

10) Domain 10: Keamanan/Perlindungan

Tujuan adalah untuk melindungi pasien dari cedera fisik atau gangguan sistem kekebalan tubuh.

11) Domain 11: Kenyamanan/Nyeri

Pasien mengalami nyeri kepala atau sakit kepala.

12) Domain 12: Kemampuan Bekerja dan Aktivitas Fisik

Pasien mengalami penurunan kemampuan untuk bekerja dan berpartisipasi dalam aktivitas fisik.

- Pengkajian fisik

- a. Mengkaji GCS

- 1) Cedera kepala ringan (CKR) terjadi ketika GCS berada dalam rentang 13-15 dan pasien mengalami kehilangan kesadaran selama sekitar 30 menit.
- 2) Cedera kepala sedang (CKS) terjadi ketika GCS berada dalam rentang 9-12 dan pasien mengalami hilang kesadaran atau amnesia selama periode antara 30 menit hingga 24 jam.
- 3) Cedera kepala berat (CKB) terjadi ketika GCS mencapai angka 3-8 dan pasien mengalami kehilangan kesadaran selama lebih dari 24 jam.

b. Disorientasi waktu dan tempat

Kehilangan orientasi terhadap waktu dan tempat menyebabkan penurunan kesadaran, amnesia, perubahan kesadaran hingga mencapai kondisi koma, serta berpengaruh pada gangguan ingatan baik jangka pendek maupun jangka panjang.

c. Refleksi patologis dan fisiologis

Pada tahap awal, refleksi fisiologis di sisi yang mengalami lumpuh akan menghilang. Beberapa hari kemudian, refleksi fisiologis akan kembali muncul dengan adanya refleksi patologis sebagai tanda awal.

d. Perubahan status mental

Perubahan dalam kondisi mental dapat terjadi akibat cedera kepala, yang mungkin mengakibatkan kerusakan kekal, gangguan psikologis, dan bahkan fatas seperti kematian. Gegar otak juga dapat menghasilkan perubahan dalam status mental individu dan dapat mengganggu fungsi otak secara keseluruhan.

e. Nervus cranialis XII

NI : Berkurangnya kemampuan penciuman.

NII: Pada cedera kepala di bagian depan dapat terjadi penurunan kemampuan penglihatan.

NIII, NIV, NVI: Berkurangnya lapangan pandang, penurunan

respons terhadap cahaya, ketidakmampuan mata untuk mengikuti perintah, dan adanya anisokoria.

NV: Kesulitan dalam mengunyah.

NVII, NXII: Kelumpuhan ringan dalam penutupan kelopak mata, kehilangan sensasi pada dua pertiga bagian depan lidah.

NVIII: Gangguan pendengaran dan keseimbangan tubuh.

NIX, NX, NXI: Jarang terjadi dalam kondisi seperti ini. Status motoric. Penilaian kelemahan otot menggunakan skala berikut: 0: Tidak ada kontraksi otot. 1: Terdapat kontraksi otot. 2: Mampu bergerak, namun tidak dapat menahan berat tubuh (gravitasi). 3: Mampu bergerak dan menahan berat tubuh (gravitasi). 4: Kondisi normal.

- f. Perubahan pupil atau penglihatan kabur, penglihatan ganda (diplopia), fotofobia, serta hilangnya sebagian lapangan pandang.
- g. Perubahan dalam tanda-tanda vital.
- h. Peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial).
- i. Nyeri kepala dengan tingkat keparahan dan lokasi yang bervariasi.
- j. Reaksi menghindar terhadap rangsangan nyeri yang sangat kuat.

2. Diagnosa Keperawatan

Pengalisan keperawatan merupakan tahap krusial dalam menentukan rencana perawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kondisi kesejahteraan yang optimal. Pengalisan keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga, dan jaringan sosial terhadap situasi yang berhubungan dengan kesejahteraan.

Setelah melakukan evaluasi yang teliti dan mengumpulkan informasi yang relevan, dilakukan proses penyelidikan informasi serta analisis keperawatan yang lebih mendalam. Dalam konteks klien yang mengalami cedera kepala, permasalahan yang muncul sesuai dengan panduan dari (Doenges, 2015) dan pedoman yang dikeluarkan oleh PPNI DPP SDKI tahun 2022 adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan cedera kepala (D.0017)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi(D.0001)
- c. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatanotot (D.0054)
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077)
- e. Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (D.0142)
- f. Risiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilisasi (D.0129)

3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diterapkan pada pasien cedera kepala mengacu pada pedoman yang terdapat dalam buku rencana asuhan keperawatan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan menggunakan kriteria hasil yang sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Pedoman ini digunakan untuk merumuskan tujuan perawatan dan kriteria hasil yang diharapkan dicapai (SIKI & SLKI, 2022).

Tabel 2.1 intervensi

No.	Dx Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d cedera kepala (D.0017)	<p>Perfusi serebral (L. 02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x.jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran 2. Kognitif <p>Keterangan indikator: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Tekanan intra kranial 4. Sakit kepala 5. Gelisah 6. Kecemasan 7. Agitasi 8. Demam <p>Keterangan indikator: 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Nilai rata-rata tekanan darah 10 Kesadaran 11 Tekanan darah sistolik 12 Tekanan darah diastolik 13 Refleks saraf <p>Keterangan Indikator: 1 : Memburuk</p>	<p>Manajemen peningkatan tekanan intracranial (I.06194) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 1.2 Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 1.3 Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 1.4 Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 1.5 Monitor PAWP, jika perlu 1.6 Monitor PAP, jika perlu 1.7 Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika perlu 1.8 Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>) 1.9 Monitor gelombang ICP 1.10 Monitor status pernapasan 1.11 Monitor intake dan output cairan 1.12 Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsisten) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.13 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.14 Berikan posisi semi fowler 1.15 Hindari maneuver valsava 1.16 Cegah terjadinya kejang 1.17 Hindari penggunaan PEEP 1.18 Hindari pemberian cairan IV

		<p>2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p>	<p>hipotonik 1.19 Atur ventilator agar PaCO² optimal 1.20 Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 1.21 Kolaborasi pemberian sedasidan anti kolvusa, jika perlu 1.22 Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 1.23 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
2.	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif b/d hiperseksresi d/d sputum berlebih (D.0001)</p>	<p>Bersihkan jalan napas(L. 01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x..jam diharapkan bersihkan jalan napas menngkat dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif Keterangan Indikator: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun3 : Sedang 4 : Cukup meningkat5 : Meningkat 2. Produksi sputum 3. Mengi 4. Wheezing 5. Mekonium(pada neonatus) 6. Dispnea 7. Ortopnea 8. Sulit bicara 9. Sianosis 10. Gelisah Keterangan Indikator: 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat3 : Sedang 4 : Cukup menurun5 : Menurun</p> <p>11. Frekuensi napas 12. Pola napas Keterangan Indikator: 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk3 : Sedang 3 : Cukup membaik5 : Membaik</p>	<p>Manajemen jalan napas(I.01011) Observasi 2.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis.Gurgling,mengi, wheezing, ronkhi kering) 2.3 Monitor sputum (jumlah, warna,aroma) Terapeutik 2.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin lift jika curiga trauma servikal 2.5 Posisikan semi fowler ataufowler 2.6 Berikan minum hangat 2.7 Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 2.8 Lakukan penghisapan lenderlebih dari 15 detik 2.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotra-keal 2.10 Keluarkan sumbatan ben- da padat dengan forsep McGill 2.11 Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 2.12 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2.13 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 2.13 Kolaborasi pemberian bronko- dilator ekspektoran mukolitik, jika perlu</p>

3.	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (I.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x..jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas 2. Rentang gerak (ROM) <p>Keterangan Indikator: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Nyeri 4. Kecemasan 5. Kaku sendi 6. Gerakan tidak terkoordinasi 7. Gerakan terbatas 8. Kelemahan fisik <p>Keterangan Indikator: 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 3.6 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3.8 Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3.9 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4.	Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x..jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Sikap protektif 4. Gelisah 5. Kesulitan tidur 6. Menarik diri 7. Berfokus pada diri sendiri 8. Diaforesis 9. Perasaan depresi (tertekan) 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang 11. Anoreksia 12. Perineum terasa tertekan 13. Uterus teraba membulat 14. Ketegangan otot 15. Pupil dilatasi 16. Muntah 17. Mual 	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi 4.2 Identifikasi skala nyeri 4.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 4.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 4.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri 4.7 Identifikasi nyeri pada kualitas hidup 4.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hipnosis,

		<p>Keterangan Indikator: 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup menurun 5 : Menurun</p> <p>18. Frekuensi nadi 19. Pola napas 20. Tekanan darah 21. Proses berpikir 22. Fokus 23. Fungsi berkemih 24. Perilaku 25. Nafsu makan 26. Pola tidur</p> <p>Keterangan Indikator: 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup membaik 5 : Membaik</p>	<p>akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>4.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>4.12 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>4.13 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>4.14 Jelaskan strategi pemicu nyeri</p> <p>4.15 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4.16 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>4.17 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>kolaborasi</p> <p>4.18 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5.	Risiko infeksi b/d tindakan invasif (D.0142)	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x.jam dihapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Kebersihan tangan 2. Kebersihan badan 3. Nafsu makan</p> <p>Keterangan indikator: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun 3 : Sedang 4 : Cukup meningkat 5 : Meningkat</p> <p>4. Demam 5. Kemerahan 6. Nyeri 7. Bengkak 8. Vesikel 9. Cairan berbau busuk 10. Sputum berwarna hijau 11. Drainase purulen 12. Piuria 13. Periode malaise 14. Periode menggigil 15. Latergi</p>	<p>Perawatan infeksi (I.14539) Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>5.4 Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>5.6 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.7 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.8 Anjurkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>5.9 Ajarkan etika batuk</p> <p>5.10 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>5.11 Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5.12 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.13 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>

		<p>16. Gangguan kognitif Keterangan indikator: 1 : Meningkat 2 : Cukup meningkat3 : Sedang 4 : Cukup menurun5 : Menurun</p> <p>17. Kadar sel darah putih 18. Kultur darah 19. Kultur urine 20. Kultur sputum 21. Kultur area luka 22. Kultur feses Keterangan Indikator: 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk3 : Sedang 4 : Cukup membaik5 : Membaik</p>	
6.	Risiko gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilisasi (D.0129)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x.jam diha- apkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 23. Elastisitas 24. Hidrasi 25. Perfusi jaringan Keterangan indikator: 1 : Menurun 2 : Cukup menurun3 : Sedang 4 : Cukup meningkat5 : Meningkat</p> <p>26. Kerusakan jaringan 27. Kerusakan lapisan kulit 28. Nyeri 29. Perdarahan 30. Kemerahan 31. Hematoma 32. Pigmentasi abnormal 33. Jaringan parut 34. Nekrosis 35. Abrasi kornea Keterangan indikator: 1 : Meningkatkan 2 : Cukup meningkat3 : Sedang 4 : Cukup menurun5 : Menurun 36. Suhu kulit 37. Sensasi</p>	<p>Perawatan luka (I.14564) Observasi 6.1 Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 6.2 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 6.3 Lepaskan balutan dan ple- ster secara perlahan 6.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 6.6 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, se- suai kebutuhan 6.7 Bersihkan jaringan nekrotik 6.8 Berikan salep yang sesuai ke- kulit/lesi, jika perlu 6.9 Pasang balutan sesuai jenis luka 6.10 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6.11 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6.12 Jadwalkan perubahan po- sisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6.13 Berikan diet dengan kalori 30 -35 kkal/kgBB/hari dsn protein 1,25-1g/ kgBB/hari 6.14 Berikan suplemen vita- min dan mineral (mis. Vit A, Vit C, zinc, asam amino), sesuai indikasi 6.15 Berikan terapi TENS (stimula- si saraf transcuta neous), jika perlu Edukasi</p>

		38. Tekstur 39. Pertumbuhan rambut Keterangan Indikator: 1 : Memburuk 2 : Cukup memburuk3 : Sedang 4 : Cukup membaik5 : Membaik	6.16 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.17 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6.18 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 6.19 Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu 6.20 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	--	---

a. Pengertian Terapi Aromaterapi

Aromaterapi merupakan terapi yang menggunakan bahan dasar aroma minyak esensial dengan cara dihirup dan dioleskan secara topikal ke bagian tubuh menurut (Boehm et al dalam Anne, 2018).

Jurnal (kusumaningrum, 2022). Hasil penelitian dari 1 jurnal menyatakan ada pengaruh terapi aromaterapi terhadap penurunan intensitas pada nyeri kepala. Kesimpulan: setelah dilakukannya penelitian studi kasus literature terkait pengaruh terapi aroma terapi terhadap penurunan intensitas nyeri pada kepala. Hasil penerapan menunjukkan bahwa subyek pertama (Ny. A) berusia 22 tahun, sementara subyek kedua (Ny. N) berusia 18 tahun. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa sebelum penerapan, intensitas nyeri pada subyek pertama (Ny. A) berada dalam kategori nyeri ringan dengan skor nyeri sebesar 3, dan setelah penerapan, skor nyeri menurun menjadi 1 (nyeri ringan). Sementara itu, intensitas nyeri pada subyek kedua (Ny. N) sebelum penerapan berada dalam kategori nyeri sedang dengan skor nyeri sebesar 5, dan setelah penerapan, skor

nyeri turun menjadi 3, yang masih berada dalam kategori nyeri ringan.

Jurnal (Andreyanto, 2023) Hasil penelusuran studi literature merujuk pada pemberian terapi komplementer, yaitu terapi aromaterapi lavender sebagai tindakan dalam mengatasi nyeri kepala pada pasien yang mengalami cephalgia.

Jurnal (Febriani, 2022), Hasil studi menunjukkan bahwa setelah pemberian intervensi aromaterapi lavender, terjadi perubahan dalam tingkat nyeri dari skor nyeri 5 menjadi 1 pada dua klien. Intervensi pemberian aromaterapi lavender memiliki dampak pada penurunan tingkat ketidaknyamanan pada klien yang menderita hipertensi dengan nyeri kepala.

Jurnal (Ayu Supatmi, 2019), Hasil penelitian menunjukkan bahwa penggunaan aromaterapi mawar memiliki manfaat untuk menciptakan perasaan ketenangan dan relaksasi pada tubuh, pikiran, dan jiwa, serta menciptakan lingkungan yang damai. Selain itu, penggunaan aromaterapi mawar juga dapat membantu mengurangi perasaan cemas dan gelisah.

Jurnal (Dwienda Ristica, 2023), Penelitian ini melibatkan 35 responden sebagai sampel penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah lembar observasi yang menggunakan skala Numeric Rating Scale (NRS) untuk mengukur tingkat nyeri, serta aromaterapi inhalasi dengan menggunakan diffuser. Hasil analisis

statistik menunjukkan bahwa nilai p-nilai adalah 0,000, yang menghasilkan kesimpulan bahwa aromaterapi lavender efektif dalam mengurangi nyeri pasca operasi caesar ($p < 0,05$). Oleh karena itu, penggunaan inhalasi minyak Lavender efektif sebagai terapi non-farmakologis yang aman tanpa potensi efek samping.

b. Mekanisme Kerja Aromaterapi Lavender

Minyak Lavender mengandung zat linalil dan linalol yang ketika dihirup melalui hidung akan diterima oleh bagian otak yang disebut bulb olfaktori. Selanjutnya, zat-zat ini mengikuti jalur traktus olfaktorius yang memiliki dua cabang, yaitu cabang lateral dan medial. Pada jalur lateral, traktus ini berhubungan dengan neuron ketiga di beberapa area otak, termasuk amigdala, girus semilunaris, dan girus ambiens, yang semuanya terkait dengan sistem limbik. Jalur medial juga berakhir di dalam sistem limbik. Sistem limbik adalah bagian otak yang memiliki bentuk seperti huruf "C" dan berperan dalam pengaturan memori, emosi, dan intelektualitas. Amigdala, sebagai bagian dari sistem limbik, bertanggung jawab dalam mengatur respon emosi terhadap aroma (A. Dwiutami, 2022).

c. Cara Pemberian Aromaterapi Lavender

Menurut , Diartami (2021), Cara pemberian aromaterapi lavender:

1. Sampaikan identitas anda kepada pasien dan jelaskan tujuan serta langkah-langkah yang akan dilakukan.
2. Pastikan untuk mencuci tangan dan mengenakan sarung tangan

medis.

3. Atur posisi pasien agar merasa sebaik mungkin.
4. Teteskan tiga tetes minyak aromaterapi lavender pada tisu dan biarkan selama 10 menit.
5. Amati pasien selama 30 menit setelah pemberian aromaterapi.
6. Setelah selesai, pastikan alat-alat rapi.
7. Lakukan evaluasi terhadap tingkat nyeri kepala setelah pemberian aromaterapi lavender.
8. Implementasi Keperawatan

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap di mana rencana asuhan dijalankan dalam tindakan yang melibatkan perawat. Rencana asuhan dirancang sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, dan selanjutnya diwujudkan dalam intervensi keperawatan. Tujuan implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai peningkatan kesehatan, baik melalui tindakan yang dapat mereka lakukan sendiri maupun melalui kerja sama dengan perawat (Kozier, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam praktik keperawatan adalah proses penilaian terhadap tindakan keperawatan yang telah diimplementasikan untuk menilai sejauh mana kebutuhan pasien telah terpenuhi secara optimal dan untuk mengukur hasil dari seluruh proses perawatan (Surani & Apriyani, 2017).