

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP CEPHALGIA

2.1.1 Pengertian Cephalgia

Cephalgia merupakan istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan kondisi sakit kepala atau nyeri di area kepala. Kata ini berasal dari bahasa Yunani, yakni "cephalo" yang berarti kepala dan "algos" yang berarti rasa nyeri. Kondisi ini dapat berdampak negatif terhadap kualitas hidup penderitanya, seperti mengganggu pola tidur dan makan, serta dapat memicu gangguan psikologis seperti kecemasan hingga depresi (Hidayati, 2016).

Secara umum, cephalgia ditandai oleh berbagai gejala seperti rasa sakit kepala yang bisa ringan hingga berat, sensasi nyeri yang menyerupai tekanan atau ikatan, tidak berdenyut, tidak terlokalisasi pada satu titik tertentu, muncul secara tiba-tiba, serta disertai vertigo dan kesulitan berkonsentrasi (Kusuma, 2012).

2.1.2 Etiologi cephalgia

Penyebab nyeri kepala banyak sekali, meskipun kebanyakan adalah kondisi yang tidak berbahaya (terutama bila kronik dan kambuhan), namun nyeri kepala yang timbul pertama kali dan akut awas ini adalah manifestasi awal dari penyakit sistemik atau suatu proses intrakranial yang memerlukan evaluasi sistemik yang lebih teliti (Bahrudin, 2013). Menurut Papdi (2012) sakit kepala sering berkembang dari sejumlah faktor resiko yang umum yaitu:

- a. Penggunaan obat yang berlebihan yaitu mengkonsumsi obat berlebihan dapat memicu sakit kepala bertambah parah setiap diobati.
- b. Stress
Stress adalah pemicu yang paling umum untuk sakit kepala, stress bias menyebabkan pembuluh darah di bagian otak mengalami penegangansehingga menyebabkan sakit kepala.
- c. Masalah tidur

Masalah tidur merupakan salah satu faktor terjadinya sakit kepala, karena saat tidur seluruh anggota tubuh termasuk otak dapat beristirahat.

d. Kegiatan berlebihan

Kegiatan yang berlebihan dapat mengakibatkan pembuluh darah di kepala dan leher mengalami pembengkakan, sehingga efek dari pembengkakan akan terasa nyeri.

e. Rokok

Kandungan dalam rokok yaitu nikotin yang dapat mengakibatkan pembuluh darah menyempit, sehingga menyebabkan sakit kepala.

2.1.3 Patofisiologi cephalgia

Sakit kepala timbul sebagai hasil perangsangan terhadap bangunan-bangunan di wilayah kepala dan leher yang peka terhadap nyeri. Bangunan-bangunan ekstrakranial yang peka nyeri ialah otot-otot oksipital, temporal dan frontal, kulit kepala, arteri-arteri subkutis dan periostium. Tulang tengkorak sendiri tidak peka nyeri. Bangunan-bangunan intrakranial yang peka nyeri terdiri dari meninges, terutama dura basalis dan meninges yang melindungi sinus venosus serta arteri-arteri besar pada basis otak. Sebagian besar dari jaringan otak sendiri tidak peka nyeri. Perangsangan terhadap bangunan-bangunan itu sanggup berupa:

- a) Infeksi selaput otak : meningitis, ensefalitis.
- b) Iritasi kimiawi terhadap selaput otak ibarat pada perdarahan subdural atau sesudah dilakukan pneumo atau zat kontras ensefalografi.
- c) Peregangan selaput otak akhir proses desak ruang intrakranial, penyumbatan jalan lintasan liquor, trombosis venos spinosus, edema serebri atau tekanan intrakranial yang menurun tiba-tiba atau cepat sekali.
- d) Vasodilatasi arteri intrakranial akhir keadaan toksik (seperti pada abuh umum, intoksikasi alkohol, intoksikasi CO, reaksi alergik),

gangguan metabolik (seperti hipoksemia, hipoglikemia dan hiperkapnia), pemakaian obat vasodilatasi, keadaan paska contusio serebri, insufisiensi serebrovasculer akut).

- e) Gangguan pembuluh darah ekstrakranial, contohnya vasodilatasi (migren dan cluster headache) dan radang (arteritis temporalis)
- f) Gangguan terhadap otot-otot yang memiliki relasi dengan kepala, ibarat pada spondiloartrosis deformans servikalis.
- g) Penjalaran nyeri (reffererd pain) dari tempat mata (glaukoma, iritis), sinus (sinusitis), baseol kranii (ca. Nasofaring), gigi geligi (pulpitis dan molar III yang mendesak gigi) dan tempat leher (spondiloarthritis deforman servikalis)
- h) Ketegangan otot kepala, leher pundak sebagai manifestasi psikoorganik pada keadaan depresi dan stress. Dalam hal ini sakit kepala sininim dari pusing kepala.

2.1.4 Penatalaksanaan

1. Migran

- a) terapi profilaksis
 - 1) menghindari pemicu
 - 2) menggunakan obat profilaksis secara teratur profilaksi bukan analgesik memperbaiki pengaturan proses fisiologis yang mengontrol aliran darah dari aktivitas sistem saraf
- b) terapi abortif menggunakan obat-obata penghilang nyeri atau vasokontikar. Obat-obat untuk terapi abortif
 - 1) Analgestik ringan: aspirin (drug of choice), paracetamol
 - 2) NSAIDS: menghambat sistesis prostaglandin, agragasi, plateret, neproksen tervzukti lebih baik daei ergatamine pilihan lain, ibuprofen, ketorolac.
 - 3) Gologan triptan
- c) Obat untuk terapi profiailsis
 - 1) Beta bloker, merupakan drug of chaile untuk prevensi migran

- 2) Metisergid: merupakan senyawa ergot semisintetik, antaginis s-HT₂, Asam/ Na valproat dapat menurunkan keparahan, frekuensi dan durasi pada 80% penderita migran
- 3) NSAID : Aspirin dan naploksen terbukti cukup efektif. Tidak disarankan digunakan jangka panjang karena dapat menyebabkan gangguan
- 4) Verapamil
- 5) Topiramate sudah diuji klinis terbukti mengurangi kejadian migran

2. Sakit kepala tegang otot

a) Terapi Non-Farmakologi

- 1) Melakukan pelatihan peregangan leher atau otot bahu sedikitnya 20-30 menit
- 2) Perubahan posisi tidur
- 3) Pernapasan dengan diafragma atau metode relaksasi otot yang lain
- 4) Penyesuaian lingkungan kerja maupun rumah
- 5) Pencahayaan yang tepat untuk membaca, bekerja, menggunakan computer atau saat menonton televisi
- 6) Hindari eksposor terus- menerus pada suara keras dan bising
- 7) Hindari suhu rendah pada saat tidur pada malam hari

b) Terapi Farmakologi

Menggunakan analgesic atau analgesic plus ajuvan sesuai tingkat nyeri contoh: obat-obat OTC seperti aspirin, acetaminophen, ibuprofen atau naproxen sodium, produk kombinasi dengan kafein dapat meningkatkan efek analgesic. Untuk sakit kepala kronis. Perlu easement yanag lebih teliti mengenai penyebabnya, misalnya karena anxietas atau depresi. Pilihan obanya adalah antidepreen, seperti amitriptilin atau antideprsan lainnya. Hindari penggunaan analgetik secara kronis memicu rebound headache.

2.2 Konsep Gangguan Rasa Nyaman

2.2.1 Pengerian

Gangguan kenyamanan merupakan kondisi di mana seseorang mengalami penurunan rasa senang, lega, atau perasaan utuh secara fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kenyamanan sendiri dapat diartikan sebagai keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, mencakup perasaan tenteram (yakni kondisi kepuasan yang berdampak positif pada aktivitas sehari-hari), kelegaan (terpenuhinya kebutuhan), serta aspek transenden (suatu kondisi yang melampaui rasa nyeri atau masalah). Kenyamanan dipahami secara menyeluruh (holistik), dengan mempertimbangkan empat dimensi utama:

- a. Fisik, yang berkaitan dengan sensasi atau kondisi tubuh.
- b. Sosial, yang mencakup relasi dengan orang lain seperti keluarga dan lingkungan sosial.
- c. Psikospiritual, berkaitan dengan aspek batiniah seperti makna hidup, harga diri, dan seksualitas.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan faktor eksternal seperti pencahayaan, suara, suhu, warna, dan elemen alam sekitar (Wahyudi, 2016).

Dalam upaya meningkatkan rasa nyaman, perawat berperan dalam memberikan dukungan emosional dan psikologis seperti kekuatan, harapan, motivasi, hiburan, serta bantuan secara langsung. Pada praktiknya, pemenuhan kebutuhan kenyamanan mencakup kondisi bebas dari nyeri serta gangguan suhu tubuh seperti hipotermia dan hipertermia. Sebab, nyeri dan perubahan suhu tubuh merupakan faktor yang dapat mengganggu kenyamanan pasien, yang biasanya ditandai dengan munculnya berbagai gejala dan tanda klinis (Wahyudi, 2016).

Nyeri merupakan suatu mekanisme fisiologis alami tubuh yang berfungsi sebagai sistem perlindungan diri. Saat jaringan mengalami kerusakan atau cedera, tubuh akan melepaskan berbagai zat kimia seperti serotonin, histamin, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P, yang kemudian akan menstimulasi reseptor nyeri, sehingga muncul sensasi nyeri (Kozier dkk., 2009). Selain itu, nyeri juga dapat timbul akibat rangsangan mekanis, misalnya akibat pembengkakan jaringan yang memberi tekanan pada reseptor nyeri (Potter & Perry, 2006).

Secara umum, nyeri digambarkan sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan serta bersifat sangat subjektif, karena intensitas dan persepsi nyeri berbeda-beda pada setiap individu. Hanya individu yang merasakannya yang dapat menjelaskan dan menilai tingkat nyeri yang dialaminya (Aziz Alimul, 2006). Sementara itu, Tamsuri (2007) menyatakan bahwa nyeri merupakan suatu pengalaman pribadi yang hanya dapat dipahami dengan baik oleh mereka yang pernah mengalaminya secara langsung

Nyeri merupakan sebuah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang timbul sebagai respons terhadap kerusakan jaringan yang nyata maupun yang berpotensi terjadi (Judith M. Wilkinson, 2002). Menurut Asosiasi Studi Nyeri Internasional, nyeri didefinisikan sebagai sensasi serta emosi tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau digambarkan sebagai suatu kondisi yang menunjukkan adanya cedera. Nyeri dapat terjadi secara tiba-tiba atau perlahan, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, biasanya dapat diprediksi akhirnya, dan berlangsung kurang dari enam bulan.

2.2.2 Etiologi

- a) Gangguan Rasa Nyaman
 - 1) Gejala penyakit
 - 2) Kurang pengendalian situasi/lingkungan
 - 3) Ketidakadekuatan sumber daya
 - 4) Kurangnya privasi
 - 5) Gangguan stimulus lingkungan.
 - 6) Efek samping terapi
 - 7) Gangguan adaptasi kehamilan

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

- b) Nyeri
 - 1) Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologis.
 - 2) Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikis berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf reseptor nyeri ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan pada jaringan- jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Sedangkan nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Asmadi, 2008).

2.2.3 Patofisiologi

Proses munculnya nyeri sangat berkaitan dengan keberadaan reseptor serta adanya rangsangan. Reseptor nyeri, yang dikenal sebagai nosiseptor, merupakan ujung saraf bebas yang berfungsi mendeteksi rangsangan nyeri. Nosiseptor ini terdapat pada kulit dan terdiri dari serabut saraf aferen yang bermielin maupun tidak bermielin, yang berfungsi menyampaikan rangsangan nyeri ke sistem saraf pusat.

Rangsangan yang menyebabkan nyeri akan mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Impuls ini masuk ke dalam medula spinalis dan mengikuti jalur saraf tertentu hingga mencapai substansi abu-abu di sumsum tulang belakang. Setelah itu, sinyal diteruskan ke korteks serebral, tempat otak mengidentifikasi jenis nyeri dan mengolah informasi berdasarkan pengalaman sebelumnya, pengetahuan individu, serta faktor budaya yang memengaruhi persepsi nyeri. Semua bentuk kerusakan sel, baik yang berasal dari stimulus internal, mekanis, kimia, maupun listrik, dapat memicu pelepasan zat yang menyebabkan timbulnya nyeri.

Nosiseptor kutaneus merupakan reseptor nyeri yang terdapat di kulit dan jaringan subkutan. Nyeri yang berasal dari area ini umumnya dapat dikenali dan dilokalisasi dengan jelas oleh individu. Reseptor ini terbagi ke dalam dua jenis komponen berdasarkan respons dan fungsinya (penjelasan dapat dilanjutkan sesuai kebutuhan):

a) Serabut A delta

Merupakan serabut komponen cepat (kecepatan transmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam, yang akan cepat hilang apalagi penyebab nyeri dihilangkan.

b) Serabut C

Merupakan serabut komponen lambat (kecepatan transmisi 0,5-2 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dilokalisasi (Tramsuri, 2010)

2.2.4 Penatalaksanaan

a. Farmakologi

Menurut Wahyudi & Wahid (2016) menjelaskan bahwa penanganan nyeri secara farmakologi adalah seperti berikut ini:

1) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Namun penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di batang otak

2) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan antipiretik. Efek samping obat ini paling umum terjadi gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

b. Non Farmakologi

Tindakan pengontrolan nyeri melalui tindakan non- farmakologi menurut:

1) Membangun hubungan terapeutik perawat-klien

Terciptanya hubungan terapeutik antara klien dengan perawat akan memberikan pondasi dasar terlaksananya asuhan keperawatan yang efektif pada klien yang mengalami nyeri.

2) Bimbingan Antisipasi

Menghilangkan kecemasan klien sangatlah perlu, terlenih apabila dengan timbulnya kecemasan akan meningkatkan persepsi nyeri klien.

3) Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk "membebaskan" mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri

4) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah upaya untuk menciptakan kesan dan pikiran klien, kemudian berkonsentrasi pada kesan tersebut sehingga secara bertahap menurunkan persepsi klien terhadap nyeri.

5) Distraksi

Merupakan tindakan pengalihan perhatian klien ke hal-hal diluar nyeri, yang dengan demikian diharapkan dapat menurunkan kewaspadaan klien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

6) Akupuntur

Akupuntur merupakan terapi pengobatan kuno dari cina, dimana akupuntur menstimulasi titik-titik tersebut pada tubuh untuk meningkatkan aliran energi disepanjang jalur yang disebut jalur meridian.

7) Biofeedback

Metode elektrik yang mengukur respon fisiologis seperti gelombang pada otak, kontraksi otot, atau temperature kulit kemudian "mengembalikan" memberikan informasi tersebut pada klien.

8) Stimulasi kutaneus

Teknik ini bekerja dengan menstimulasi permukaan kulit untuk mengontrol nyeri. Sebagai contoh tindakan ini adalah mandi air hangat/sauna, masase, komres dengan air dingin/panas, pijatan dengan menthol atau TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

9) Akupreseur

Terdapat beberapa teknik akupreseur untuk membebaskan rasa nyeri yang dapat dilakukan secara mandiri. Klien dapat menggunakan ibu jari atau jari yang memberikan tekanan pada titik akupreseur untuk membebaskan ketegangan pada otot kepala, bahu dan leher.

10) Psikoterapi

Psikoterapi dapat menurunkan persepsi pada nyeri pada beberapa klien, terutama pada klien yang sangat sulit sekali mengontrol nyeri, pada klien yang mengalami depresi, atau pada klien yang pernah mempunyai riwayat masalah psikiatri.

2.3 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

a. Anamnesis

1) Identitas Klien

Meliputi nama, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, agama. Status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit (MRS), nomor register, dan diagnose medic.

2) Keluhan utama

3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai klien dibawa ke Rumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ketempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Seperti Riwayat penyakit sebelumnya, Riwayat pekerjaan yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, Riwayat penggunaan obat – obatan, Riwayat mengkonsumsi alcohol, merokok, dan Riwayat penyakit kronik lain yang diderita klien.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena genetik / keturunan.

b. Pemeriksaan Fisik head to toe

1) Keadaan umum

Tampak lemah, sakit berat

2) Tanda-tanda vital

TD menurun, nafas sesak, nadi lemah dan cepat, suhu meningkat

3) TB/BB

Sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan

- 4) Kulit
Inspeksi: biasanya tampak pucat
Palpasi: biasanya turgo kulit jelek
- 5) Rambut
Inspeksi: lihat distribusi rambut merata atau tidak, bersih atau bercabang, halus dan kasar.
Palpasi: mudah rontok atau tidak
- 6) Kuku
Inspeksi: lihat kondisi kuku pucat atau tidak, tidak sianosis atau tidak
- 7) Kepala
Inspeksi: lihat kesimetrisan, biasanya klien mengeluh sakit kepala
Palpasi: periksa adanya benjolan atau nyeri
- 8) Mata
Inspeksi: biasanya konjungtiva dan sclera berwarna normal, lihat reflek kedip baik atau tidak, terdapat radang atau tidak dan pupil isokor.
- 9) Hidung
Inspeksi: biasanya terdapat pernapasan cuping hidung terdapat secret berlebih dan terpasang 02
Palpasi: adanya nyeri tekan dan benjolan
- 10) Mulut dan faring
Pucat sianosis, membrane mukosa kering, bibir kering dan pucat
- 11) Telinga
Inspeksi: adanya kotoran atau cairan dan bagaimana bentuk tulang rawannya
Palpasi: adanya respon nyeri pada daun telinga

12) Thorax

Inspeksi: periksa apakah dada simetris, tidak kembung

Auskultasi: periksa adanya stridor atau wheezing
menunjukkan tanda bahaya

13) Abdomen

Inspeksi: lihat kesimetrisan dan adanya pembesaran abdomen

Palpasi: periksa adanya nyeri tekan dan abdomen

14) Genetali

Inspeksi: periksa adanya kelainan genetalia, adanya pembesaran skrotum
atau adanya lesi pada genetalia

Palpas: periksa adanya nyeri tekan dan benjolan

15) Ekstremitas

Inspeksi: periksa adanya oedem, tanda sianosis dan sulit
bergerak Palpasi periksa adanya nyeri tekan dan benjolan

Perkusi: periksa reflek patelki dengan reflek hummer

c. Pola Kebiasaan Sehari – hari

1) Pola nutrisi

2) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada
tidaknya masalah defekasi, dan penggunaan kateter.

3) Pola aktivitas dan istirahat

Pada pasien yang kurang tidur menyebabkan gangguan pada
gaya berjalan, mudah lelah, gangguan keseimbangan dan
aktivitas menurun.

d. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Aspek psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan
individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang
mempunyai pengaruh timbal balik (Depkes, 2011).

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan
yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan klien,
meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya
 - 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama
 - 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal
- e. Pemeriksaan laboratorium
- a. Hb/Ht, untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskosita) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
 - b. BUN/Kreatinin, memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.
 - 1) Ekstremitas
Inspeksi: periksa adanya oedem, tanda sianosis dan sulit bergerak
Palpasi periksa adanya nyeri tekan dan benjolan
Perkusi: periksa reflek patelki dengan reflek hummer
- f. Pola Kebiasaan Sehari – hari
- 1) Pola nutrisi
 - 2) Pola eliminasi
Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, dan penggunaan kateter.
 - 3) Pola aktivitas dan istirahat
Pada pasien yang kurang tidur menyebabkan gangguan pada gaya berjalan, mudah lelah, gangguan keseimbangan dan aktivitas menurun.
- g. Pengkajian Psikososial dan Spiritual
- Aspek psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik (Depkes, 2011).

Aspek spiritual yaitu tentang keyakinan nilai-nilai ketuhanan yang dianut, keyakinan akan kematian, kegiatan keagamaan klien, meliputi:

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama
- 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal

h. Pemeriksaan laboratorium

- c. Hb/Ht, untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (Viskosita) dan dapat mengindikasikan factor resiko seperti hipokoagubilita, anemia.
- d. BUN/Kreatinin, memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.
- e. Glukosa, Hiperglikemi (DM adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
Urinalis : darah, protein, glukosa, mengisaratkan disfungsi ginjal dan ada DM.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik actual ataupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan suatu proses sistematis dalam merancang tindakan-tindakan keperawatan yang berbasis pada hasil pengkajian dan pertimbangan klinis guna mencapai tujuan atau luaran yang telah ditetapkan sebelumnya (Hadinata & Abdillah, 2022).

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI, 2022), standar asuhan keperawatan terdiri dari tiga komponen utama, yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan luaran keperawatan. Luaran keperawatan adalah hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan yang dapat diamati maupun diukur, meliputi perubahan kondisi, perilaku, sikap, atau respons pasien, keluarga, maupun masyarakat terhadap intervensi keperawatan.

Sementara itu, intervensi keperawatan didefinisikan sebagai seluruh tindakan atau upaya yang dilakukan oleh perawat berdasarkan penilaian profesional dan pengetahuan ilmiah, yang bertujuan untuk mencapai hasil atau outcome yang telah direncanakan (PPNI, 2018).

Diagnose Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil tingkat nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Diaforesis menurun 9. Perasaan depresi (tertekan) menurun 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun 11. Anoreksia menurun 12. Perineum terasa tertekan menurun 13. Uterus teraba membulat menurun 14. Ketegangan otot menurun 15. Pupil dilatasi menurun\ 16. Muntah menurun 17. Mual menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Pemberin analgesik Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik 10. Identifikasi riwayat alergi obat 11. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 12. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 13. Monitor efektifitas analgesic 14. Identifikasi teknik relaksasi yang efektif untuk digunakan 15. Mengidentifikasi Kesedian,

	<p>18. Frekuensi nadi membaik</p> <p>19. Pola napas membaik</p> <p>20. Tekanan darah membaik</p> <p>21. Proses berpikir membaik</p> <p>22. Fokus membaik</p> <p>23. Fungsi berkemih membaik</p> <p>24. Perilaku membaik</p> <p>25. Nafsu makan membaik</p> <p>Pola tidur membaik</p>	<p>Kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>16. Memonitor respon terhadap terapi Relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 5. Diskusikan jenis antibiotik yang disukai untuk mencapai antibiotik optimal, <i>jika perlu</i> 6. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu atau opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 7. Tetapkan target efektifitas antibiotik untuk mengoptimalkan respons pasien 8. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara
--	--	--

		<p>mandiri</p> <ol style="list-style-type: none">4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat5. Ajarkan teknik nonfarmakologi6. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolarasi pemberian analgetik
--	--	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (*Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018*). Implementasi merupakan pelaksanaan dari intervensi – intervensi yang telah direncanakan dan ditetapkan (*padila, 2013*)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan Langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap ini evaluasi terdiri dari dua jenis yaitu :

1. Evaluasi formatif yaitu evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan intervensi dengan respon segera.
2. Evaluasi sumatif merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan. Di samping itu, evaluasi juga sebagai tolak ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria tertentu untuk membuktikan apakah tujuan tercapai, tercapai Sebagian atau tidak tercapai (A. Aziz Alimul H, 2009; Ns.Reni Yuli, 2015).