BAB 2

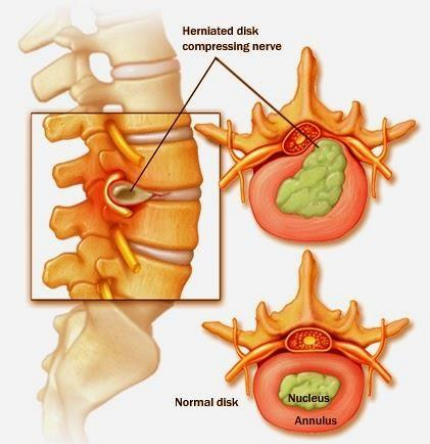
STUDI LITERATUR

Pada Bab ini dijelaskan tentang teori yang mendukung penelitian ini antara lain : (1) Konsep HNP (*Hernia Nucleus Pulsosus*), (2) Konsep Nyeri Akut, (3) Konsep Asuhan Keperawatan HNP (*Hernia Nucleus Pulsosus*) dengan Masalah Utama Nyeri.

1.1 Konsep HNP (*Hernia Nucleus Pulsosus*)

1.1.1 Definisi

Hernia Nukleus Pulposus (HNP) adalah keluarnya material *nukleus pulposus* dari bungkus *annulus fibrosus* yang robek pada *discus intervertebralis*,hasil dari tekanan yang berulang-ulang dan dalam keadaan tegang dalam waktu yang lama, sehingga fungsi sistem hidrolis hilang (Annor, 2011).



Gambar 2. 1 *Hernia Nukleus Pulposus* (Muttaqin, 2016)

1.1.2 Etiologi

Penyebab dari HNP biasanya dengan meningkatnya usia terjadi perubahan degeneratif yang mengakibatkan kurang lentur dan tipisnya nukleus pulposus (Moore & Agur, 2013). Selain itu, HNP kebanyakan juga disebabkan karena adanya suatu trauma

derajat sedang yang berulang mengenai diskus intervertebralis sehingga menimbulkan robeknya anulus fibrosus. Pada kebanyakan pasien gejala trauma bersifat singkat, dan gejala ini disebabkan oleh cidera pada diskus yang tidak terlihat selama beberapa bulan atau bahkan dalam beberapa tahun (Helmi & Zairin, 2012).

1.1.3 Patofisiologi

Menjelang usia 30 tahun, mulai terjadi perubahan-perubahan pada anulus fibrosus dan nukleus pulposus. Pada beberapa tempat, serat-serat fibroblastik terputus dan sebagian rusak diganti oleh jaringan kolagen. Proses ini berlangsung secara terus menerus sehingga dalam anulus fibrosus terbentuk rongga-rongga. Nukleus pulposus akan mengalami infiltrasi ke dalam rongga rongga tersebut dan juga mengalami perubahan berupa penyusutan kadar air. Jadi tercipta suatu keadaan dimana di satu pihak volume materi nukleus pulposus berkurang dan di pihak lain volume rongga antar vertebra bertambah sehingga terjadi penurunan tekanan intradiskal (Widhiana, 2012).

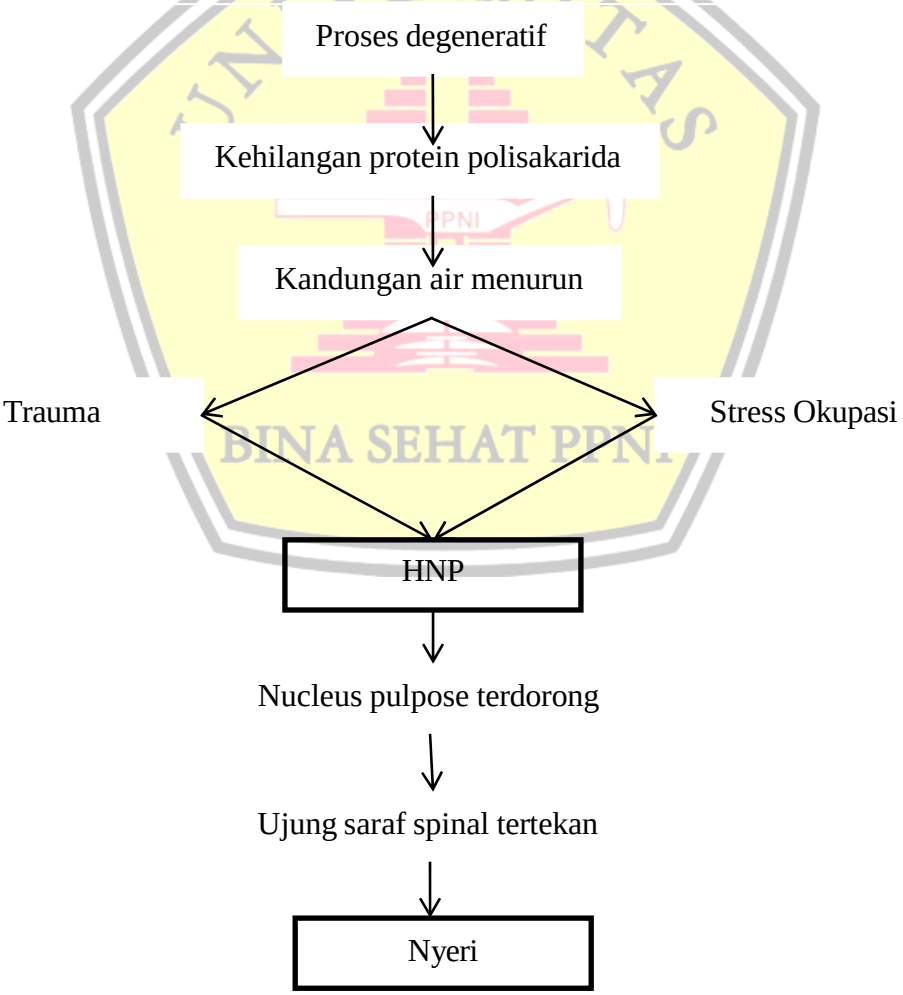
Sebagai kelanjutan dari proses tersebut, maka terjadi beberapa hal (Widhiana, 2012) yaitu :

1. Penurunan tekanan intradiskal menyebabkan vertebra saling mendekat. Hal ini mengakibatkan lepasnya ligamentum longitudinal posterior dan anterior dari perlekatannya dan bagian yang terlepas akan berlipat. Lipatan akan mengalami fibrosis dan disusul kalsifikasi sehingga akan terbentuk osteofit.
2. Pendekatan 2 korpus vertebra akan mengakibatkan pendekatan kapsul sendi artikulasio posterior sehingga timbul iritasi sinovial.
3. Materi nukleus pulposus yang mengisi rongga-rongga dalam anulus fibrosus makin mendekati lapisan luar dan akhirnya lapisan paling luar. Bila suatu ketika terjadi

tekanan intradiskal yang tiba-tiba meningkat, tekanan ini akan mampu mendorong nukleus pulposus keluar. Hal ini merupakan awal terjadinya HNP lumbal.

Menurut gradasi, herniasi dari nukleus pulposus (Lumbal, 2014) dibagi atas:

1. Bulging adalah nukleus terlihat menonjol ke satu arah tanpa kerusakan annulus fibrosus.
2. Protrusi adalah nukleus berpindah tetapi masih dalam lingkaran anulus fibrosus.
3. Ekstrusi adalah nukleus keluar dari anulus fibrosus dan berada di bawah ligamentum longitudinal posterior.
4. Sequestrasi adalah nukleus menembus ligamentum longitudinal posterior.



Gambar 2. 2 Phatway HNP

1.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala yang sering ditimbulkan akibat iskalgia (Munir & Badrul, 2015) adalah :

1. Nyeri punggung bawah, nyeri daerah bokong, rasa kaku/tertarik pada punggung bawah.
2. Nyeri yang menjalar atau seperti rasa kesetrum dan dapat disertai baal, yang dirasakan dari bokong menjalar ke daerah paha, betis bahkan sampaikaki, tergantung bagian saraf mana yang terjepit, rasa nyeri sering ditimbulkan setelah melakukan aktifitas yang berlebihan.
3. Kelemahan anggota badan bawah/ tungkai bawah yang disertai dengan mengecilnya otot-otot tungkai bawah dan hilangnya reflex tendon patella (KPR) dan achilles (APR), bila mengenai konus atau kauda ekuina dapat terjadi gangguan defekasi, miksi, dan fungsi seksual.

Bila stres vertikal yang kuat mengenai kolumna vertebra maka nukleus pulposus dapat menonjol ke luar melalui anulus fibrosus. Peregangan anulus fibrosus, yang berbentuk cincin dan kaya inervasi nosiseptor, menyebabkan nyeri yang sangat hebat sebagai nyeri punggung bawah yang terlokalisir.

Sementara itu, karena peregangan yang sangat kuat, anulus fibrosus bisa ruptur atau pecah sehingga material diskus akan ekstrusi dan dapat menekan radiks saraf menimbulkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri radikuler, yaitu skiatika. Skiatika disebut juga sebagai iskialgia, adalah nyeri pinggang, yang menjalar ke bawah pada aspek posterior tungkai bawah. Skiatika juga dapat diartikan sebagai nyeri pada distribusi saraf

iskiadikus. Skiatika sering disertai dengan rasa tebal (numbness) dan rasa kesemutan (tingling) (Jenny, 2016).

1.2 Konsep Nyeri Akut SDKI

1.2.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik ayau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017)

1.2.2 Etiologi Nyeri Akut

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2010). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer & Bare, 2001).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat.

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri. Teori Gate Control mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menstransmisikan impuls melalui mekanisme petahanan. Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut deltaA dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri. Saat impuls diantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2010).

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak

mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Potter & Perry, 2010).

1.2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Akut

Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri akut pada pasien mastektomi yaitu etnik dan nilai budaya, tahap perkembangan, lingkungan dan individu pendukung, Ansietas dan stress (Mubarak, 2015)

1) Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introvert). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka.

1.2.4 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeriitu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

1) Skala intensitas nyeri deskritif

Skala deskritif adalah alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale-VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri atastiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di

sepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

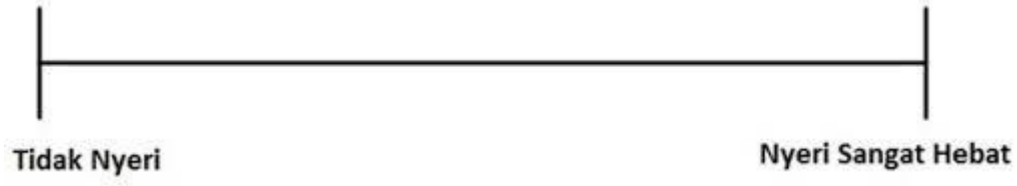
2) Skala penilaian nyeri numerik

Skala penilaian numerik (Numerical Rating Scales-NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Gambar 2 Skala Nyeri Numerik

3) Skala analog visual

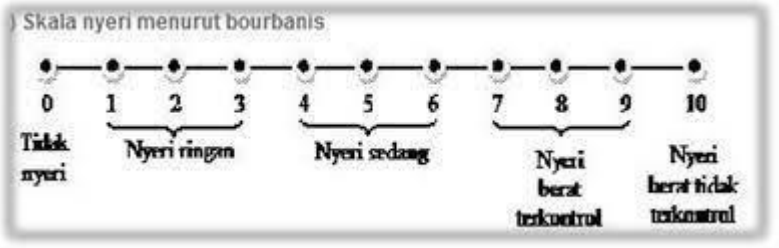
Skala analog visual (Visual Analog Scale-VAS) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik paada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 3 Skala Nyeri Analog Visual

4) Skala nyeri menurut Bourbanis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 4 Skala Nyeri menurut Bourbanis

1.2.5 Tanda Dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain:

Tabel 1

Tanda dan Gejala Mayor Minor Nyeri Akut

Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	**Objektif**
1. Mengeluh nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat **5.** Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	**Objektif**
1. Tidak ditemukan data subjektif	1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

(*Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic.* 2017)

BINA SEHAT PPNI

1.2.6 Nyeri pada HNP (Hernia Nukleus Pulpose)

Nyeri yang diakibatkan karena HNP bisa menjalar ke tungkai bawah *(siatika).* Nyeri akibat HNP timbul bila dilakukan *fleksi lumbal*. Dan nyeri dikategorikan nyeri *radikal* yaitu nyeri yang berhubungan proses di saraf *spinal proksimal* (Sudoyo et al., 2013).

Nyeri pada HNP dapat timbul pada saat batuk atau bersin. Nyeri HNP bertolak dari lokasi syaraf yang terjebak dan menjalar ke arah *perifer*. Tergantung pada jumlah *radik*s yang terkena *nukleus pulposus* yang menjebol itu, maka satu atau dua *radiks* akan mengalami iritasi, sehingga menimbulkan nyeri sepanjang kawasan *dermatomal* satu atau dua *radiks* yang terkena itu. Pada HNP *lumbosakralis* tertentu nyeri hasil iritasi dirasakan di sepanjang tungkai sesuai dengan penjalaran *radiks* yang terkena(Sudoyo et al., 2013).

1.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien HNP *(Hernia Nucleus Pulpose)* dengan masalah utama nyeri

1.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional klien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya. Tujuan dari pengkajian adalah untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respon klien terhadap masalah.(Potter & Perry, 2010).

Pengkajian nyeri yang faktual (terkini), lengkap dan akurat akan memudahkan perawat di dalam menetetapkan data dasar, dalam menegakkan diagnose keperawatan yang tepat, merencanakan terapi pengobatan yang cocok, dan memudahkan perawat dalam mengevaluasi respon klien terhadap terapi yang digunakan.

Saat mengkaji nyeri, perawat harus sensitif terhadap tingkat kenyamanan klien.Apabila nyeri bersifat akut atau parah, ada kemungkinan klien dapat dapat member penjelasan yang terinci tentang pengalaman nyerinya secara keseluruhan. Selama episode nyeri akut, tindakan perawat yang terutama adalah mengkaji perasaan klien, menetapkan respon fisiologis klien terhadap nyeri dan lokasi nyeri, tingkat keparahan dan kualitas nyeri.Untuk klien yang mengalami nyeri kronik, cara pengkajian yang paling baik adalah dengan memfokuskan pengkajian pada dimensi perilaku, afektif, kognitif, perilaku dari pengalaman nyeri dan pada riwayat nyeri tersebut atau konteks nyeri (Potter & Perry, 2010)

Pada saat pengkajian keperawatan baik dengan masalah utama nyeri maupun tidak akan didapatkan dua data yaitu subyektif dan objektif.

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah persepsi dan sensasi pasien tentang masajlah kesehatan. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari hasil anamnese allo dan auto anamnese. Data subyektif terdiri dari :

a. Biodata pasien

Pengkajian identitas klien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medis dan alamat

b. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola persepsi kesehatan / penanganan kesehatan

Pengumpulan data difokuskan pada laporan kesehatan pasien dan kesejahteraan, manajemen kesehatan dan kepatuhan untuk menjaga kesehatan.

a) Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya nyeri dada, kesulitan bernafas, dan pingsan (Wijaya & Putri, 2013)

b) Riwayat Penyakit Sekarang RPS

Lemah, tidak mau makan, sianosis, sesak nafas, dan dangkal gelisah, ronchi (+), wheezing (+), batuk, demam sianosis daerah mulut dan hidung, muntah, diare.

c) Riwayat Penyakit Dahulu RPD

Mengkaji riwayat penyakit yang diderita oleh pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita pasien saat ini. riwayat DM, nefrosklerosis, hipertensi, gagal ginjal akut yang tak teratasi, obstruksi/infeksi tractusurinarius, penyalahgunaan analgetik

d) Riwayat Penyakit Keluarga RPK

Pengkajian ini dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, dan penyakit menular akibat kontak langsung maupun kontak tidak langsung antar anggota keluarga. Pada pengkajian ini apabila terdapat penyakit keturunan maka dibuat genogram yang dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan. Genogram ini dapat menunjukkan garis anggota keluarga yang menderita penyakit

2) Pola Nutrisi/ Metabolisme

Pengumpulan data difokuskan pada pola konsumsi makanan dan cairan relatif terhadap kebutuhan metabolik. Pengkajian pola nutrisi meliputi intake nutrisi (frekuensi, jenis), intake cairan (frekuensi, jenis), instruksi diet sebelumnya, nafsu

makan apakah normal, meningkat, atau menurun, keluhan lain seperti mual muntah, stomatitis, penurunan sensasi kecap, kesulitan menelan, alergi makanan dan lain-lain (Zakiyah, 2021) .Makanan/cairan : BB meningkat karena edema, BB menurun karena malnutrisi, anorexia, nyeri ulu hati, mual/muntah, rasa metalik tidak sedap pada mulut (nafas amoniak), penggunaan diuretik

3) Pola Eliminasi

Pengumpulan data difokuskan pada pola ekskresi usus, kandung kemih, kulit. masalah ekskretoris seperti inkontinensia, konstipasi, diare, dan retensi urin. eliminasi alvi, pola BAB meliputi frekuensi dan karakteristik, masalah BAB seperti konstipasi, diare, obstipasi, inkontinensia alvi, jenis ostomi, alat bantu, obat, dan lain – lain, eliminasi uri, pola bak : frekuensi karakteristik, masalah BAK seperti disuria, inkontinensia uri, nokturia, oliguri, hematuri, poliuri, retensi uri, alat bantu seperti katerisasi inwelling, katerisasi intermitten, dan lain – lain (Zakiyah, 2021).Eliminasi terjadi penurunan frekuensi urin, oligouria, anuria, abdomen kembung, diare, konstipasi

4) Pola Aktivitas – Latihan

Pengumpulan data difokuskan pada aktivitas kehidupan sehari-hari yang membutuhkan pengeluaran energi, termasuk aktivitas perawatan diri, olahraga, kegiatan rekreasi, pernapasan dan sistem kardiovaskuler.

a) Mobilitas/Aktivitas

Kemampuan perawatan diri, menggunakan alat bantu atau tidak, jenis alat bantu yang digunakan apakah berupa *walker*, kruk, kursi roda, dan keluhan saat beraktivitas.

b) Respirasi

Apakah ada masalah dengan pernafasan atau tidak, seperti sesak nafas, batuk produktif, nafas pendek, dispnoe nokturnal paroksismal, batuk dengan atau tanpa sputum kental dan banyak

c) Sirkulasi

Masalah dengan pernafasan, jantung berdebar, pucat, kelelahan, dan lain – lain

5) Pola Istirahat Tidur

Penilaian difokuskan pada kebiasaan tidur, istirahat, dan relaksasi seseorang. Pola tidur disfungsional, kelelahan, dan respons terhadap kurang tidur. Kebiasaan tidur meliputi siang hari dan malam hari jumlah berapa jam, yang dirasakan setelah bangun tidur apakah segar, pusing, mengantuk, apakah ada masalah dengan tidur, insomnia intermitten, insomnia terminal, insomnia initial, mimpi buruk, apakah memerlukan alat bantu tidur, dan lain-lain.

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

6) Pola Kognitif Perseptual

Pengumpulan data difokuskan pada kemampuan berpikir, pengambilan keputusan, sensasi nyeri dan penyelesaian masalah, orientasi tentang tempat dan orang waktu, kesulitan dalam membuat kalimat, kehilangan ingatan.

a) Kemampuan panca indra: apakah penglihatan normal/tidak, pendengaran normal tidak, penciuman normal tidak
b) Kemampuan bicara : normal, gagap, afasia
c) Kemampuan memahami: baik, cukup, kurang

d) Nyeri : PQRST dan penatalaksan

Lebih spesifik pada pengkajian nyeri, pengkajian nyeri yang dilakukan meliputi pengkajian data subjektif dan data objektif:

1. Data subjektif

a) Faktor pencetus (P : Provocate)

Perawat mengakaji tentang penyebab atau stimulus-stimulus nyeri pada klien, dalam hal ini perawat juga dapat melakukan observasi bagian - bagian tubuh yang mengalami cedera. Apabila perawat mencurigai adanya nyeri psikogenik maka perawat harus dapat mengeksplore perasaan klien dan menanyakan perasaan-perasaan apa yang dapat mencetuskan nyeri.

b) Kualitas (Q : Quality)

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien, seringkali klien mendeskripsikan nyeri dengan kalimat-kalimat : tajam, tumpul, berdenyut, berpindah-pindah, seperti tertindih, perih, tertusuk dan lain-lain, di mna tiap-tiap klien mungkin berbeda-beda dalam melaporkan kualitas nyeri yang dirasakan.

c) Lokasi (R : Region)

Untuk mengkaji lokasi nyeri maka perawat meminta klien untuk menunjukkan semua bagian / daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, maka perawat dapat meminta klien untuk melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, kemungkinan hal ini akan sulit apabila nyeri yang dirasakan bersifat difus (menyebar).

d) Keparahan (S : Severe)

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Tingkat keparahan pasien tentang nyeri merupakan karakteristik yang paling subjektif.Pengkajian ini klien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, nyeri sedang atau berat.Skala deskirptif verbal (Verbal Descriptor Scale, VDS) merupakan salah satu alat ukur tingkat keparahan yang lebih bersifat objektif. Skala deskriptif verbal ini merupakan sebuah garis yang terdiri dari beberapa kalimat pendeskripsi yang tersusun dalam jarak yang sama sepanjang garis. Kalimat pendeskripsi ini diranking dari tidak ada nyeri sampai nyeri paling hebat.Skala numeric (Numerical Rating Scale, NRS) digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10.Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien.Sebagian besar skala menggunakan renatang 0-10, dimasukkannya kata-kata penjelas pada skala dapat membantu beberapa klien yang mengalami kesulitan dalam menentukannya nilai nyerinya.Klien diminta untuk menunjukkan skala nilai yang paling baik mewakili intensitas nyerinya.

Keterangan :

0 = Tidak nyeri

1-2-3 = Nyeri ringan

4-5 = Nyeri sedang

6-7 = Nyeri hebat

8-9 = Nyeri sangat hebat

10 = Nyeri terhebat

e) Durasi (T : time)

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Perawat menanyakan pada pasien untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri.Perawat dapat menanyakan.

a. Kapan nyeri mulai dirasakan?
b. Sudah berapa lama nyeri dirasakan?
c. Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?
d. Seberapa sering nyeri kambuh?
e. Faktor yang memperberat / memperingan nyer

2. Data objektif

Data objektif didapatkan dalam mengobservasi respon pasien terhadap nyeri.Respon pasien terhadap nyeri berbeda-beda, dapat dikategorikan sebagai berikut :

a) Respon perilaku Respon perilaku yang ditunjukkan klien yang mengalami nyeri bermacam-macam. Respon perilaku terhadap nyeri yang biasa ditunjukkan oleh pasien antara lain : merubah posisi, mengusap bagian yang sakit, menggeretakan gigi, menunjukkan ekspresi wajah meringis, mengerutkan alis, ekspresi verbal menangis, mengerang, mengaduh, menjerit, meraung
b) Respon fisiologis terhadap nyeri Perawat perlu untuk mengkaji klien berkaitan dengan adanya perubahanperubahan pada respon terhadap nyeri untuk mendukung diagnose dan membantu dalam memberikan terapi yang tepat.

Adapun respon fisiologis terhadap nyeri, yaitu :

1) Respon simpatik

a. Peningkatan frekuensi pernapasan

b. Dilatasi saluran bronkiolus

c. Peningkatan frekuensi denyut jantung

d. Vasokontriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)

e. Peningkatan kadar glukosa darah

f. Diaforesis

g. Peningkatan tegangan otot

h. Dilatasi pupil

i. Penurunan motilitas saluran cerna

2) Respon parasimpatik

a. Pucat

b. Ketegangan otot

c. Penurunan denyut jantung atau tekanan darah

d. Pernapasan cepat dan tidak teratur

e. Mual dan muntah

f. Kelemahan dan kelelahan

3) Respon afektif

Respon afektif juga perlu diperhatikan oleh seorang perawat di dalam melakukan pengkajian terhadap pasien gangguan rasa nyeri. Ansietas (kecemasan) perlu digali dengan menanyakan pada pasien seperti : Apakah Anda saat ini merasakan cemas?. Selain itu adanya depresi, ketidaktertarikan dari lingkungan perlu diperhatikan

7) Pola Presepsi – Diri / Konsep Diri

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

Pengumpulan data difokuskan pada sikap seseorang terhadap diri, termasuk identitas, citra tubuh, dan rasa harga diri.

8) Pola Peran – Hubungan

Pengumpulan data difokuskan pada peran dalam keluarga dan hubungan dengan orang lain.

9) Pola Seksualitas – Reproduksi

Pengumpulan data difokuskan pada kepuasan atau ketidakpuasan seseorang dengan pola seksualitas dan fungsi reproduksi, dampak sakit terhadap seksualitas, usia menarche, menstruasi terakhir, masalah dalam menstruasi, hamil/tidak, penggunaan kontrasepsi.

10) Pola Koping – Toleransi Stres

Pengumpulan data difokuskan pada persepsi orang tentang stres dan strategi penanggulangannya, sistem pendukung dan gejala stres, metode koping yang biasa digunakan, faktor-faktor yang mempengaruhi koping, efek penyakit terhadap tingkat stress, penggunaan alkohol dan obat lain untuk mengatasi stres, dan keadaan emosi sehari-hari

11) Pola Nilai – Kepercayaan

Pengumpulan data difokuskan pada nilai-nilai dan keyakinan seseorang termasuk keyakinan spiritual, pengaruh agama dalam kehidupan, kegiatan keagamaan selama sakit (Zakiyah, 2021)

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : terlihat lemah
2) Kesadaran, GCS : composmentis, stupor, somnolen, koma
3) Tanda vital : tekanan darah menurun, nafas sesak, nadi lemah dan cepat, suhu meningkat, distresspernafasa, sianosis.
4) Pemeriksaan *Cephalo-caudal*

a. Kulit : tampak pucat, sianosis, biasanya turgor jelek
b. Kepala : sakit kepala
c. Mata : tidak ada yang begitu spesifik
d. Hidung : pernafasan cuping hidung, sianosis
e. Mulut : pucat sianosis, membran mukosa kering, bibir kering, dan pucat
f. Telinga : lihat sekret, kebersihan, biasanya tidak ada yang spesifik pada kasus ini
g. Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid
h. Jantung : pada kasus kommplikasi ke indokarditis, terjadi bunyi tambahan
i. Paru-paru: infiltrasi pada lobus paru, perkusi pekak (redup), ronchi (+), wheezing (+), sesak nafas istirahat dan bertambah saat aktivitas
j. Punggung : tidak ada yang spesifik
k. Abdomen : bising usus (+), distensi abdomen, nyeri biasanya tidak ada
l. Genitalia : tidak ada gangguan
m. Ekstremitas : kelemahan, penurunan aktivitas, sianosis ujung jari dan kaki
n. Neurologis: terdapat kelemahan otot, tanda refleks spesifik tidak ada.(Wijaya & Putri, 2013)

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

1.3.2 Analisa Data

Data dasar adalah kumpulan data yang berisikan mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan terhadap dirinya sendiri, dan hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.Data Fokus adalah data tentang perubahan-perubahan atau respon klien terhadap kesehatan dan masalah kesehatannya serta hal-hal yang mencakup tindakan yang dilaksanakan terhadap klien.Selama pengkajian, data di kumpulkan dari berbagai sumber, divalidasi dan diurut ke dalam kelompok yang membentuk pola.Data dasar secata kontinu direvisi sejalan dengan perubahan dalam fisik status dan emosi klien.Hal ini juga mencakup hasil laboratorium dan diagnostic.Selama langkah ini, perawat menggunakan pengetahuan dan pengalaman, menganalis dan menginterpretasi dan menarik konklusi tentang kelompok dan pola data (Potter & Perry, 2009).

Menurut (SDKI, 2017), tanda dan gejala Mayor dan Minor pada diagnosis nyeri akut dan nyeri kronis adalah :

a) Nyeri akut

1) Tanda dan Gejala Mayor

Subyektif : Mengeluh nyeri

Obyektif : Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah, Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur

2) Tanda dan Gejala Minor

Subyektif : (tidak tersedia)

Obyektif : Tekanan darah meningkat, Pola napas berubah, Nafsu makan berubah, Proses berpikir terganggu, Menarik diri, Berfokus pada diri sendiri, Disforesis

UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI

b) Nyeri kronis

1) Tanda dan Gejala Mayor

Subyektif : Mengeluh nyeri, Merasa depresi (tertekan)

Obyektif :Tampak meringis, Gelisah, Tidak mampu menuntaskan aktivitas.

Tanda dan Gejala Minor

Subyektif : Merasa takut mengalami cedera berulang

Obyektif : Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri), Waspada, Pola tidur berubah, Anoreksia, Fokus menyempit, Berfokus pada diri sendiri.

Sebelum merumuskan diagnosa keperawatan, perawat mengidentifikasi masalah perawatan kesehatan umum klien.Namun, sebelum memberikan perawatan masalah harus ditetapakan secara lebih spesifik. Untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, perawat harus lebih dulu menentukan apa masalah kesehatan klien dan apakah masalah tersebut potensial atau aktual (Potter & Perry, 2010).

1.3.3 Diagnosa Keperawatan

Mnurut (SDKI, 2017) terdapat dua diagnosa keperawatan utama yang dapat digunakan untuk menggambarkan nyeri pada klien, yaitu :

a) Nyeri Akut (D.0077)

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

b) Nyeri Kronis (D.0078)

Pengalaman sensorik atau emosiona yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fumgsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

1.3.4 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Nyeri Akut **(D.0077)**	**Tingkat Nyeri** Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 2. Pola nafas membaik 3. Keluhan nyeri menurun 4. Meringis menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun	**Manajemen Nyeri** Observasi: ▪ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ▪ Identifikasi skala nyeri ▪ Identifikasi respons nyeri non verbal ▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri ▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: ▪ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri ▪ Kontrol lingkungan yang memperberat

		rasa nyeri ▪ Fasilitasi istirahat dan tidur ▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi ▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri ▪ Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi ▪ Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Nyeri Kronis (D.0078)	**Tingkat Nyeri** Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : 1. Frekuensi nadi membaik 2. Pola nafas membaik 3. Keluhan nyeri menurun	**Manajemen Nyeri** Observasi: ▪ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri ▪ Identifikasi skala nyeri ▪ Identifikasi respons nyeri non verbal ▪ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ▪ Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

	4. Meringis menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun	▪ Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup ▪ Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: ▪ Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri ▪ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri ▪ Fasilitasi istirahat dan tidur ▪ Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi ▪ Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri ▪ Jelaskan strategi meredakan nyeri ▪ Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STIKES PPNI BINA SEHAT PPNI

1.3.5 Implementasi

Implementasi adalah suatu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kamus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, 2014).

1.3.6 Evaluasi

Proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak dan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.Tujuan evaluasi untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan.

UNIVERSITAS
PPNI
BINA SEHAT PPNI