

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia dan Intervensi Yang akan Diimplementasikan

1. Konsep kebutuhan rasa nyaman nyeri

Kebutuhan rasa nyaman adalah suatu keadaan yang membuat seseorang merasa nyaman terlindung dari ancaman psikologis, bebas dari rasa sakit terutama nyeri. Nyeri sebagai salah satu gejala yang timbul, merupakan pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan baik yang aktual maupun potensial atau dilukiskan dengan istilah kerusakan (Darmadi et al., 2020).

a. Definisi nyeri

International Association for Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Putri, 2020).

Nyeri merupakan alarm potensi kerusakan, tidak adanya sistem ini akan menimbulkan kerusakan yang lebih luas. Gejala dan tanda timbul pada jaringan normal terpapar stimuli yang kuat biasanya merefleksi intensitas, lokasi dan durasi dari stimuli tersebut. Tiga jenis stimuli yang dapat merangsang reseptor nyeri yaitu mekanis, suhu, dan kimiawi (Basuki, 2019).

b. Klasifikasi nyeri

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), nyeri diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akan berhenti dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat, memiliki onset yang tiba-tiba, dan berlokalisasi.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas system saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri dan memberikan respons emosi perilaku seperti menggerutkan wajah, menangis, mengerang, atau menyeringai

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu, kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau bahkan lambat dan berintensitas ringan sampai berat dan konstan merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri yang memanjang atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang. Pasien yang mengalami nyeri kronis sering menjadi depresi, mungkin jadi sulit tidur, dan mungkin menganggap nyeri seperti hal yang biasa. Nyeri kronis dibagi menjadi 2, yaitu :

- a) Nyeri maligna, biasanya terjadi karena berkembangnya penyakit yang dapat mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Misalnya nyeri kanker.

- b) Nyeri nonmaligna, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri punggung bawah, penyebab utama penderitaan dan merupakan penyita waktu kerja, masuk ke dalam kategori ini.

Menurut (V.A.R.Barao et al., 2022), nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

- 1) Nyeri berdasarkan tempatnya :
 - a) Pheriperal pain, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa.
 - b) Deep pain, yaitu nyeri yang tersa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - c) Referred pain, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.
 - d) Central pain, yaitu nyeri yang terjadi karena pemasangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, talamus.
- 2) Nyeri berdasarkan sifatnya :
 - a) Incedental pain, yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - b) Steady pain, yaitu nyeri yang timbul akan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
 - c) Paroxymal pain, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap $\pm 10-15$ menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- 3) Nyeri berdasarkan berat ringannya :
 - a) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah
 - b) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi

- c) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi
- 4) Nyeri *berdasarkan* waktu lamanya serangan :
 - a) Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas.
 - i) Karakteristik : Nyeri akut.
 - ii) Tujuan : Memperingatkan klien terhadap adanya cedera / masalah.
 - iii) Waktu : Mendadak
 - iv) Durasi dan intensitas : Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan), ringan sampai berat

c. Penyebab Nyeri

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), Penyebab nyeri yaitu:

- 1) Nyeri akut
 - a) Agen pencedera fisiologis (misal infamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia intan)
 - c) Agen pencedera fisik (misal terbakar, abses, prosedur operasi, amputasi, trauma, terpotong, latihan fisik berlebihan, mengangkat berat,)
- 2) Nyeri Kronis
 - a) Kerusakan sistem saraf
 - b) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
 - c) Riwayat penganiayaan (misal fisik, psikologis, seksual)
 - d) Gangguan imunitas (misal neuropati, virus varicella-zoster)
 - e) Peningkatan indeks masa tubuh
 - f) Infiltrasi tumor
 - g) Penekanan saraf

- h) Gangguan fungsi metabolik
- i) Tekanan emosional
- j) Kondisi muskuloskeletal kronis
- k) Riwayat penyalahgunaan obat/zat
- l) Riwayat posisi kerja statis
- m) Kondisi pasca trauma

d. Tanda dan gejala nyeri

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), tanda dan gejala nyeri yaitu :

Tabel 2. 1 Tanda Dan Gejala Nyeri

Tanda dan Gejala	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Secara mayor :	Mengeluh nyeri	1. Mengeluh nyeri
1. Subjektif		2. Merasa depresi (tertekan)
2. Objektif	1. Gelisah 2. Tampak meringis 3. Sulit tidur 4. Bersikap protektif (misal posisi menghindari nyeri, waspada) 5. Frekuensi nadi meningkat	1. Tidak mampu menuntaskan aktivitas 2. Gelisah 3. Tampak meringis
Secara minor :	Tidak tersedia	Merasa takut mengalami cedera berulang
1. Subjektif		
2. Objektif	1. Berfokus pada diri sendiri 2. Tekanan darah meningkat 3. Nafsu makan berubah 4. Pola nafas berubah 5. Diaforesis 6. Proses berfikir terganggu 7. Menarik diri	1. Waspada 2. Bersikap protektif (misal posisi menghindari nyeri) 3. Pola tidur berubah 4. Berfokus pada diri sendiri 5. Fokus menyempit 6. Anoreksia

e. Kondisi klinis terkait nyeri

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), yaitu :

- 1) Nyeri akut
 - a) Sindrom koroner akut
 - b) Kondisi pembedahan
 - c) Glaukoma
 - d) Cedera traumatis
 - e) Infeksi
- 2) Nyeri kronis
 - a) Kondisi kronis (misal arthritis, reumatoid)
 - b) Kondisi pasca trauma
 - c) Cedera medula spinalis
 - d) Infeksi
 - e) Tumor

f. Mekanisme nyeri

Nyeri merupakan suatu bentuk peringatan akan adanya bahaya kerusakan jaringan. Pengalaman sensoris pada nyeri akut disebabkan oleh stimulus noxius yang diperantarai oleh sistem sensorik nosiseptif. Sistem ini berjalan mulai dari perifer melalui medulla spinalis, batang otak, thalamus dan korteks serebri. Apabila telah terjadi kerusakan jaringan, maka sistem nosiseptif akan bergeser fungsinya dari fungsi protektif menjadi fungsi yang membantu perbaikan jaringan yang rusak.

Nyeri inflamasi merupakan salah satu bentuk untuk mempercepat perbaikan kerusakan jaringan. Sensitifitas akan meningkat, sehingga stimulus non noxius atau noxius ringan yang mengenai bagian yang meradang akan menyebabkan nyeri. Nyeri inflamasi akan menurunkan derajat kerusakan dan menghilangkan respon inflamasi (V.A.R.Barao et al., 2022).

g. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Judha dkk., 2018) :

1) Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogrn dan akan terjadi presepsi nyeri.

4) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

5) Perhatian

Perhatian dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan presepsi nyeri., tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan presepsi nyeri, rasa kelelahan, dan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping.

8) Gaya Koping

Gaya koping mempengaruhi untuk mengatasi nyeri

9) Dukungan keluarga dan Sosial

Kehadiran orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri.

h. Pengkajian nyeri

Tabel 2. 2 Pengkajian Nyeri

No.	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan Pengkajian
1.	<i>Provokasi Incident</i> P	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan nyeri	<ul style="list-style-type: none"> • Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? • Apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik? • Apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul? • Apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur?
2.	<i>Quality Of Pain</i> Q	Pengkajian keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri? • Apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).
3.	<i>Region Referred</i> R	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik?
4.	<i>Severity Scale Of Pain</i> S	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Seperti apa sakitnya? • Nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit?
5.	<i>Time</i> T	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	<ul style="list-style-type: none"> • Kapan sakit mulai muncul? • Apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba? • Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang? • Apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila

			"iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda?
--	--	--	--

i. Skala nyeri

1) Skala nyeri *Numerical Rating Scales* (NRS)

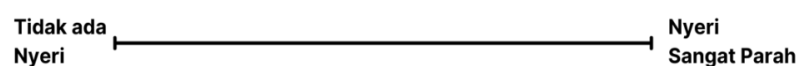
NRS merupakan alat ukur nyeri yang unidimensional yang berbentuk horizontal dari 1 – 10 menunjukkan nyeri berat. Pengukuran nyeri dilanjutkan dengan menganjurkan pasien menyebutkan angka dimana skala nyeri dirasakan, selanjutnya diinterpretasikan langsung (Merdekawati et al., 2018).



Gambar 2. 1 Skala Nyeri Numerical Rating Scale (NRS)

2) Skala nyeri *Visual Analog Scale* (VAS)

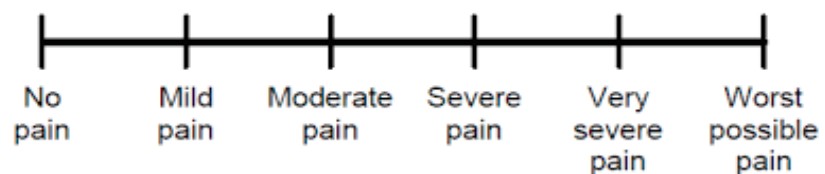
Skala VAS merupakan metode pengukuran skala linier yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seseorang pasien, menilai nyeri dengan skala kontinu terdiri dari garis horizontal, pengukuran dilakukan dengan menganjurkan pasien untuk memberikan tanda pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri pasien dirasakan. Kemudian diinterpretasikan dengan penggaris (Merdekawati et al., 2018).



Gambar 2. 2 Skala Nyeri Visual Analog Scale (VAS)

3) Skala nyeri deskriptif

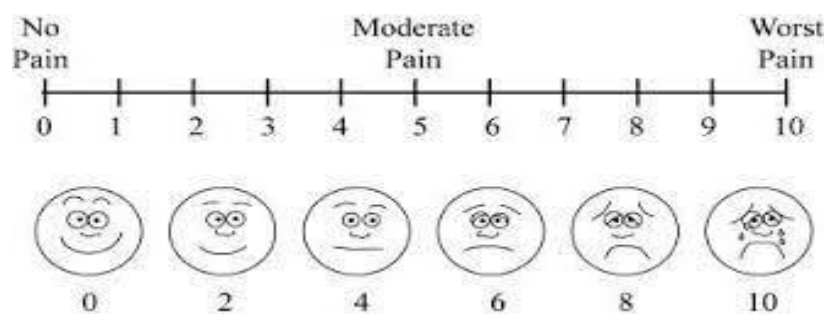
Skala deskriptif yaitu alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala deskriptif verbal (Verbal Descriptor Scale) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai disepanjang garis. Pendiskripsian ini dirangkai dari “tidak nyeri” sampai "nyeri yang tidak tertahan (Merdekawati et al., 2018).



Gambar 2. 3 Skala Nyeri Deskriptif

4) Skala nyeri wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

Skala nyeri muka (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*) ini tergolong mudah untuk dilakukan. Hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat betatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah. (Pratitdy et al., 2020)



Gambar 2. 4 Skala Nyeri Wajah (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*)

2. Konsep relaksasi aromaterapi lavender

a. Definisi aromaterapi

Relaksasi merupakan tehnik yang dilakukan untuk mengatasi stres ataupun perasaan nyeri pada seseorang yang bertujuan untuk

terjadinya peningkatan aliran darah sehingga perasaan cemas dan suplai oksigenasi ke area nyeri dapat berkurang (Hayati & Hartiti, 2021).

Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup (Astuti & Aini, 2020).

Aromaterapi pertama dikenalkan di Inggris pada awal tahun 1990. Lavender merupakan minyak terpopuler dan paling aman digunakan. Aromaterapi ini, mempunyai efek yang positif karena diketahui bahwa aroma yang segar, harum merangsang sensori, reseptor dan pada akhirnya mempengaruhi organ yang lain-nya sehingga dapat menimbulkan efek kuat terhadap emosi (Fatmawati & Fauziah, 2018).

b. Mekanisme aromaterapi lavender

Mekanisme aromaterapi lavender terjadi melalui sistem penciuman. Dengan menghirup aromaterapi lavender maka akan meningkatkan gelombang alfa didalam otak yang membantu untuk menciptakan keadaan menjadi rileks. Minyak esensial lavender dapat mengurangi kecemasan. Lavender dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Zat aktif berupa linalool dan linalyl acetate yang terdapat dalam lavender berefek sebagai analgetik (Fatmawati & Fauziah, 2018).

Bau berpengaruh secara langsung terhadap otak seperti obat analgesik. Saat aromaterapi dihisap, zat aktif yang terdapat di dalamnya akan merangsang hipotalamus (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormone endoprin. Endoprin diketahui sebagai zat yang menimbulkan rasa tenang, relaks, dan Bahagia (Astuti & Aini, 2020).

Aroma yang di hirup berpengaruh langsung terhadap otak manusia. Aromaterapi yang digunakan melalui cara inhalasi atau dihirup akan masuk ke sistem limbic dimana nantinya aroma akan diproses sehingga kita dapat mencium baunya. Pada saat kita menghirup suatu aroma, komponen kimianya akan masuk ke *bulbus olfactory*, kemudian ke limbic sistem pada otak. Hal ini akan merangsang memori dan respon emosional. Hipotalamus berperan sebagai *relay* dan regulator, memunculkan pesan-pesan yang harus diterima kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia berupa zat endorphin dan serotonin, sehingga berpengaruh langsung pada organ penciuman dan diopersepsikan oleh otak untuk memberikan reaksi yang membuat perubahan fisiologis pada tubuh, pikiran, jiwa, dan menghasilkan efek menenangkan pada tubuh sehingga dapat mengurangi nyeri (Anwar et al., 2018).

c. Standar operasional prosedur

Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur Aromaterapi Lavender

Pengertian	Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kesehatan fisik, emosi dan spiritual 2. Menurunkan nyeri dan kecemasan 3. Membuat tubuh menjadi rileks 4. Memberikan efek stimulasi 5. Relaksasi pada pikiran dan fisik sehingga dapat menurunkan rasa nyeri
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat dan lingkungan nyaman 2. Essensial oil lavender 3. kapas 4. Lembar pengukuran skala nyeri
prosedur	<ol style="list-style-type: none"> A. Tahap Pra Interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Melakukan kontrak waktu 3. Mencuci tangan 4. Menempatkan alat ke dekat pasien B. Tahap Orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan menyapa pasien 2. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan 3. Menanyakan kesiapan pasien sebelum tindakan

	<p>4. Memberikan kesempatan bertanya pada pasien sebelum memulai tindakan</p> <p>C. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasien senyaman mungkin, pastikan posisi nyaman dan rileks. 2. Letakkan 3 tetes <i>essensial oil lavender</i> di atas kapas yang sudah di bentuk bola untuk 10 menit pertama. 3. Minta pasien melakukan nafas pelan dan dalam melalui hidung selama 4 detik sambil menutup mata dan menahan inspirasi secara maksimal selama 3 detik, lalu di hembuskan melalui mulut selama 5 detik. 4. Lanjutkan dengan 2 tetes <i>essensial oil lavender</i> di atas kapas lainnya dan minta pasien untuk menghirupnya seperti sebelumnya lakukan selama 5 menit. 5. Selanjutnya mengukur skala nyeri. 6. Lakukan terapi selama 15 menit dalam sehari. <p>D. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Menganjurkan pasien untuk menerapkan pemberian Aromaterapi Lavender 4. Dokumentasi
Sumber	(Astuti & Aini, 2020)

B. Hasil Review Literatur

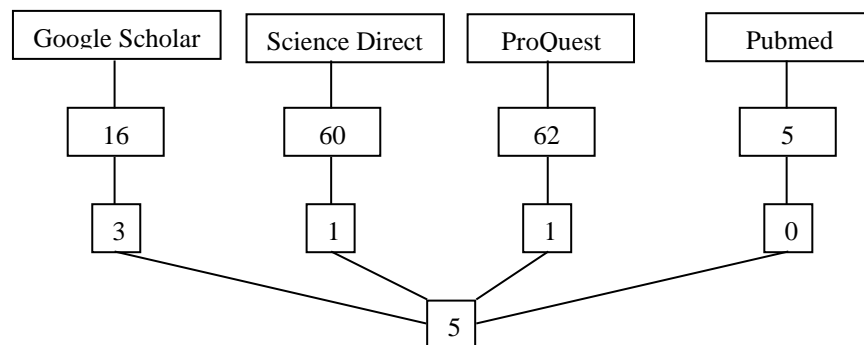
1. Pertanyaan klinis (PICO/PICOT)

Berisi tentang rumusan pertanyaan klinis yang tepat sebagai berikut :

- a. *Problem* : Nyeri pada pasien *Post Craniotomy*
- b. *Intervention* : Aromaterapi Lavender
- c. *Comparison* : Tidak ada intervensi pembanding
- d. *Outcome* : Penurunan intensitas nyeri
- e. *Time* : 1 kali sehari selama 10 menit dalam 3 pertemuan

Sehingga didapatkan rumusan pertanyaan klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “apakah Aromaterapi Lavender dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien *Post Craniotomy*?”

2. Metode penelusuran evidence



Gambar 2. 5 Penelusuran Jurnal

Pencarian artikel menggunakan jurnal nasional dan internasional yang telah terpublikasi minimal 5 tahun terakhir. Cara penelusuran artikel diperoleh secara elektronik dengan kata kunci aromaterapi lavender dan nyeri dan *craniotomy* menggunakan database : *Google Scholar*, *Science Direct*, *Pubmed*, dan *Proquest*. Hasil pencarian melalui *Google Scholar* didapatkan hasil 16 artikel, kemudian diambil 3 artikel yang sesuai, 13 artikel tidak digunakan karena perbedaan masalah penelitian. Penelusuran melalui *Science Direct* didapatkan 60 artikel dan diambil 1 artikel yang sesuai dengan intervensi yang akan dilakukan. Penelusuran melalui *ProQuest* didapatkan 62 artikel dan diambil 1 artikel yang sesuai dengan kriteria intervensi. *Pubmed* didapatkan 5 artikel, namun semua tidak digunakan karena tidak sesuai dengan intervensi yang akan dilakukan.

3. Hasil review jurnal

Setelah menganalisis artikel yang sudah ditemukan, penulis menyajikan data dalam tabel

Tabel 2. 4 Hasil Review Jurnal

No	Penulis/Tahun	Judul	Desain	Sampel	Hasil	Persamaan dan Perbedaan
1.	Nur Annisa Hayati, Tri Hartiti (2021)	Pemberian Aromaterapi Lavender Menurunkan Intensitas Nyeri Post Op Debridement Pada Pasien Ulkus Granulosum	Desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan studi kasus berdasarkan penerapan <i>evidence based practice</i>	Sampel dalam studi ini sejumlah 2 orang	Hasil perbandingan skala nyeri antara ke dua responden sebelum dan sesudah dilakukan terapi menunjukkan penurunan skala nyeri. Setelah dilakukan terapi pemberian aromaterapi lavender skala nyeri responden pertama menjadi 4 dan responden kedua menjadi 2. Ada penurunan intensitas nyeri pada pasien post op debridement dengan ulkus granulosum yang mengalami nyeri setelah diberikan terapi aromaterapi lavender.	persamaan dalam penelitian ini ialah menggunakan metode yang sama studi kasus deskriptif dengan jumlah responden 2 dan menggunakan intervensi yang sama aromaterapi lavender untuk menurunkan nyeri. perbedaan dalam penelitian ini ialah dalam penggunaan sampel pasien yaitu pasien post op debridement dengan ulkus granulosum, sedangkan penelitian ini menggunakan sampel pasien post craniotomy.
2.	Wiwini Widayani (2018)	Aromaterapi Lavender dapat Menurunkan Intensitas Nyeri Perineum pada Ibu Post Partum	<i>Quasi Experimental method with Two Group Pre-post Test Design</i>	sampel studi ini ialah ibu post partum sejumlah 1 orang	Aromaterapi lavender berpengaruh secara signifikan terhadap penurunan nyeri luka jahitan perineum pada ibu post partum	persamaan dalam penelitian ini ialah menggunakan aromaterapi lavender untuk menurunkan nyeri. perbedaan dalam penelitian ini ialah menggunakan desain <i>Quasi Experimental method with Two Group Pre-post Test Design</i> , sedangkan penelitian ini

						menggunakan studi kasus deskriptif
3.	Lenny Astuti, Lela Aini (2020)	Pengaruh Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Fraktur	menggunakan pendekatan kuantitatif, jenis penelitian yang digunakan adalah <i>Pre Eksperimen Design</i> dengan rancangan penelitian <i>one group pre-test post-test design</i>	Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 17 responden	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender	persamaan dalam penelitian ini ialah menurunkan intensitas nyeri menggunakan aromaterapi lavender. perbedaan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif, jenis penelitian <i>pre eksperimen design</i> dengan rancangan <i>one group pre-test post-test design</i> , sedangkan penelitian ini menggunakan studi kasus deskriptif
4.	Intan Kumalasari, Bambang Soewito, Maliha Amin, Maksuk, Viona Ovaliandari (2022)	The intervention of Lavender Aroma Therapy to Reduce the Pain Intensity of Dysmenorrhea In Adolescent	This study uses a qualitative design to describe in-depth	The subjects of this study were individuals with dysmenorrhea	Giving lavender aromatherapy for three consecutive days within \pm 30 minutes as much as 2 x 1 day in the morning and evening was proven to reduce the intensity of dysmenorrhea	persamaan dalam penelitian ini untuk menurunkan nyeri menggunakan aromaterapi lavender. perbedaan dalam penelitian ini ialah dalam penggunaan sampel pasien yaitu pasien dengan nyeri dysmenorrhea, sedangkan penelitian ini menggunakan sampel pasien <i>post craniotomy</i>
5.	Cahaya Indah Lestari, Rizkia Amilia, Evi Diliiana Rospia (2022)	Comparison of The Effectiveness of Lavender and Lemon Aromatherapy	The type of research used in this study is a quasi-experimental research design	the provision that 15 maternity mothers were given lavender aromatherapy and 15	there was a significant decrease in pain intensity in the lavender aromatherapy group compared to the lemon aromatherapy group	persamaan dalam penelitian ini ialah menurunkan intensitas nyeri menggunakan aromaterapi lavender. perbedaan dalam penelitian ini adalah adanya pembanding

		Toward Reducing Pain Labor During Active Phase of First Stage	using a non-equivalent control group pretest and posttest	respondents were given lemon aromatherapy		dalam penerapan terapi yaitu menggunakan aromaterapi lemon dan aromaterapi lavender
--	--	---	---	---	--	---

C. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Pengumpulan data klien baik subjektif maupun objektif pada gangguan system persarafan schubungan dengan cedera kepala tergantung pada bentuk, lokasi, jenis injuri, dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Pengkajian keperawatan cedera kepala meliputi anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dan pengkajian psikososial.

a. Anamnesis :

Identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia muda), jenis kelamin (banyak laki-laki, karena sering ngebut-ngebutan dengan motor tanpa pengaman helm), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosis medis.

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan tergantung dari seberapa jauh dampak trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat penyakit saat ini

Adanya riwayat trauma yang mengenai kepala akibat dari kecelekaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, dan trauma langsung ke kepala. Pengkajian yang didapat meliputi tingkat kesadaran menurun (GCS <15), konvulsi, muntah, takipnea, sakit kepala, wajah simetris atau tidak, lemah, luka di kepala, paralisis, akumulasi sekret pada saluran pernapasan, adanya liquor dari hidung dan telinga, serta kejang. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai

perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan koma..

c. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, konsumsi alkohol berlebihan.

d. Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus.

e. Pengkajian Psiko-sosio-spiritual

Pengkajian mekanisme coping yang digunakan klien untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra diri).

f. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

1) Keadaan umum

Pada keadaan cedera kepala umumnya mengalami penurunan kesadaran (cedera kepala ringan/cedera otak ringan, GCS 13-15, cedera kepala sedang GCS 9-12, cedera kepala

berat/cedera otak berat, bila GCS kurang atau sama dengan 8) dan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital.

2) B1 (*Breathing*)

Perubahan pada sistem pernapasan bergantung pada gradasi dari perubahan jaringan serebral akibat trauma kepala. Pada beberapa keadaan hasil dari pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan :

Inspeksi, didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Terdapat retraksi klavikula/dada, pengembangan paru tidak simetris. Ekspansi dada: dinilai penuh/tidak penuh dan kesimetrisannya.

Palpasi, fremitus menurun dibandingkan dengan sisi yang lain akan di dapatkan apabila melibatkan trauma pada rongga thoraks.

Perkusi, adanya suara redup sampai pekak pada keadaan melibatkan trauma pada thoraks/hematothoraks.

Auskultasi, bunyi napas tambahan seperti napas berbunyi, stridor, ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret, dan kemampuan batuk yang menurun sering didapatkan pada klien cedera kepala dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

3) B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera kepala sedang dan berat. Hasil pemeriksaan kardiovaskular klien cedera kepala pada beberapa keadaan dapat ditemukan tekanan darah normal atau berubah, nadi bradikardi, takikardi, dan aritmia.

4) B3 (*Brain*)

Cedera kepala menyebabkan berbagai defisit neurologis terutama disebabkan pengaruh peningkatan tekanan intrakranial

akibat adanya perdarahan baik bersifat intraserebral hematoma, subdural hematoma, dan epidural hematoma.

a) Tingkat kesadaran : tingkat kesadaran klien dan respons terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk menilai disfungsi sistem persarafan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan kesadaran. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien cedera kepala biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, semikomatosa, sampai koma.

b) Pemeriksaan fungsi serebral :

i. Status mental : observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien dan observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pada klien cedera kepala tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

ii. Fungsi intelektual : pada beberapa keadaan klien cedera kepala didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka Panjang.

iii. Lobus frontal : kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan bila trauma kepala mengakibatkan adanya kerusakan pada lobus frontal.

c) Pemeriksaan saraf kranial :

Saraf I : Pada beberapa keadaan cedera kepala di daerah yang merusak anatomis dan fisiologis saraf in klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/anosmia unilateral atau bilateral.

Saraf II : Hematoma palpebra pada klien cedera kepala akan menurunkan lapangan penglihatan dan mengganggu fungsi dari nervus optikus. Per darahan di ruang intrakranial, terutama hemoragia subarakhnoidal, dapat disertai dengan perdarahan di retina.

Saraf III, IV, dan VI : Gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbital. Pada kasus-kasus trauma kepala dapat dijumpai anisokoria.

Saraf V : Pada beberapa keadaan cedera kepala menyebabkan paralisis nervus trigemimus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.

Saraf VII : persepsi pengecapn mengalami perubahan.

Saraf VIII : Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan saraf vestibulokoklearis.

Saraf IX dan X : kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

Saraf XI : bila tidak dapat melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik dan tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

d) System motoric

i. Inspeksi umum, didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh) adalah tanda yang lain.

ii. Tonus otot, didapatkan menurun sampai hilang.

iii. Kekuatan otot, pada penilaian dengan menggunakan grade kekuatan otot didapatkan grade 0.

iv. Keseimbangan dan koordinasi, didapatkan mengalami gangguan karena hemiparise dan hemiplegia.

e) Pemeriksaan refleks

i. Pemeriksaan refleks dalam, pengetukan pada tendon, ligamentum, atau periosteum derajat refleks pada respons normal.

ii. Pemeriksaan refleks patologis, pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang.

f) System sensorik

Persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer di antara mata dan korteks visual.

Kehilangan sensorik karena cedera kepala dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius.

5) B4 (*Bladder*)

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah, dan karakteristik, termasuk berat jenis. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi ginjal.

6) B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi.

7) B6 (*Bone*)

Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan pada seluruh ekstremitas. Kaji warna kulit, suhu, kelembapan, dan turgor kulit. Adanya perubahan warna kulit warna kebiruan menunjukkan adanya sianosis (ujung kuku, ekstremitas, telinga, hidung, bibir, dan membran mukosa). Pucat pada wajah dan membran mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar hemoglobin atau syok.

8) Pengkajian nyeri

No.	Pengkajian	Deskripsi	Pertanyaan Pengkajian
1.	<i>Provokasi Incident</i> P	Pengkajian untuk menentukan faktor atau peristiwa yang mencetuskan nyeri	<ul style="list-style-type: none"> • Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri? • Apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik? • Apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul? • Apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur?
2.	<i>Quality Of Pain</i> Q	Pengkajian keluhan, seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri? • Apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).
3.	<i>Region Referred</i> R	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi keluhan nyeri	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik?
4.	<i>Severity Scale Of Pain</i> S	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Seperti apa sakitnya? • Nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit?
5.	<i>Time</i> T	Berapa lama nyeri berlangsung, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari	<ul style="list-style-type: none"> • Kapan sakit mulai muncul? • Apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba? • Apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang? • Apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda?

g. Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostic yang diperlukan pada klien dengan cedera kepala meliputi :

- 1) CT-Scan (dengan/tanpa kontras) mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan, ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.
- 2) MRI digunakan sama dengan CT scan dengan/tanpa kontras radioaktif
- 3) *Cerebral Angiography* Menunjukkan anomali sirkulasi serebral seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan, dan trauma.
- 4) Serial EEG dapat melihat perkembangan gelombang patologis.
- 5) Sinar-X mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang.
- 6) BAER mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil.
- 7) PET mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak.
- 8) CSS Lumbal pungsi dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarachnoid.
- 9) Kadar elektrolit untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan tekanan intracranial.
- 10) Screen Toxicology untuk mendeteksi pengaruh obat yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran.
- 11) Rontgen Thoraks 2 arah (PA/AP dan lateral) untuk menyatakan akumulasi udara/cairan pada area pleural.
- 12) Analisis Gas Darah (AGD/Astrup) adalah salah satu tes diagnostik untuk menentukan status respirasi. Status respirasi yang dapat digambarkan melalui pemeriksaan AGD ini adalah status oksigenisasi dan status asam basa.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang

dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami klien. (Sulaeman, 2014)

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada *Post Craniotomy* berdasarkan respon pasien yang disesuaikan dengan SDKI (2017), yaitu :

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas SDKI 2017 (D.0005)
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik : prosedur operasi SDKI 2017 (D.0077)
- c. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan cedera kepala SDKI 2017 (D.0017)
- d. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasive SDKI 2017 (D.0142)
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular SDKI 2017 (D.0054)

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017)	Tujuan (SLKI, 2019)	Intervensi (SIKI, 2018)
1.	D.0005, hal 26 Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas Definisi : Inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat	L.01003, hal 94 Pola Napas Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah pola napas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Penggunaan otot bantu napas menurun 2. Pernapasan cuping hidung menurun 3. Frekuensi napas membaik	I.01011, hal 345 Manajemen Jalan Napas Observasi - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan Terapeutik - Posisikan semi-Flower atau Fowler - Lakukan fisioterapi dada jika perlu Edukasi - Ajarakan teknik batuk efektif Kolaborasi

			<ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dalam pemberian oksigen
2.	<p>D.0077, hal 172 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik : prosedur operasi</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p>	<p>L.08066, hal 145 Tingkat nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Gelisah menurun. 4. Kesulitan tidur menurun. 5. Anoreksia menurun. 6. Frekuensi nadi membaik. 7. Pola napas membaik. 8. Tekanan darah membaik. 	<p>I.08238, hal 201 Manajemen Nyeri Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 budaya terhadap respon nyeri. - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. - Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur. - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. - Jelaskan strategi meredakan nyeri. - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk - mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
3.	D.0017, hal 51 Risiko perfusi serebral tidak efektif Definisi : berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak	L.02014, hal 86 Perfusi Serebral Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intracranial menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Kecemasan menurun 6. Agitasi menurun 7. Demam menurun 8. Kesadaran membaik 9. Tekanan darah sistolik membaik 10. Tekanan darah diastolic membaik 11. Refleks saraf membaik 	I.06194, hal 205 Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Monitor PAWP - Monitor PAP - Monitor ICP - Monitor CPP - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernapasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor cairan serebro-spinal Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi semifowler - Cegah terjadinya kejang - Hindari penggunaan PEEP - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Atur ventilator agar PaCO₂ optimal - Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
4.	D.0142, hal 37 Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif Definisi :	L.14137, hal 139 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah tingkat	I.14539, hal 278 Pencegahan Infeksi Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

	<p>Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p>	<p>infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Cairan berbau busuk menurun 6. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>
5.	<p>D.0054, hal 124 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular Definisi : Keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>L.05042, hal 65 Mobilitas Fisik Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kaku sendi menurun 6. Gerakan terbatas menurun 7. Kelemahan fisik menurun 	<p>I.05173, hal 30 Dukungan Mobilisasi Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Sangadah, K., & Kartawidjaja, 2020).

Salah satu implementasi pada pasien dengan *Post Craniotomy* adalah melakukan Aromaterapi Lavender. Aromaterapi Lavender merupakan teknik relaksasi yang mempunyai sifat-sifat antikonvulsan, antidepresi, anxiolytic, dan bersifat menenangkan. Saat aromaterapi dihisap, zat aktif yang terdapat di dalamnya akan merangsang hipotalamus (kelenjar hipofise) untuk mengeluarkan hormon endorpin. Endorpin diketahui sebagai zat yang menimbulkan rasa tenang, relaks dan Bahagia (Muklis, 2019).

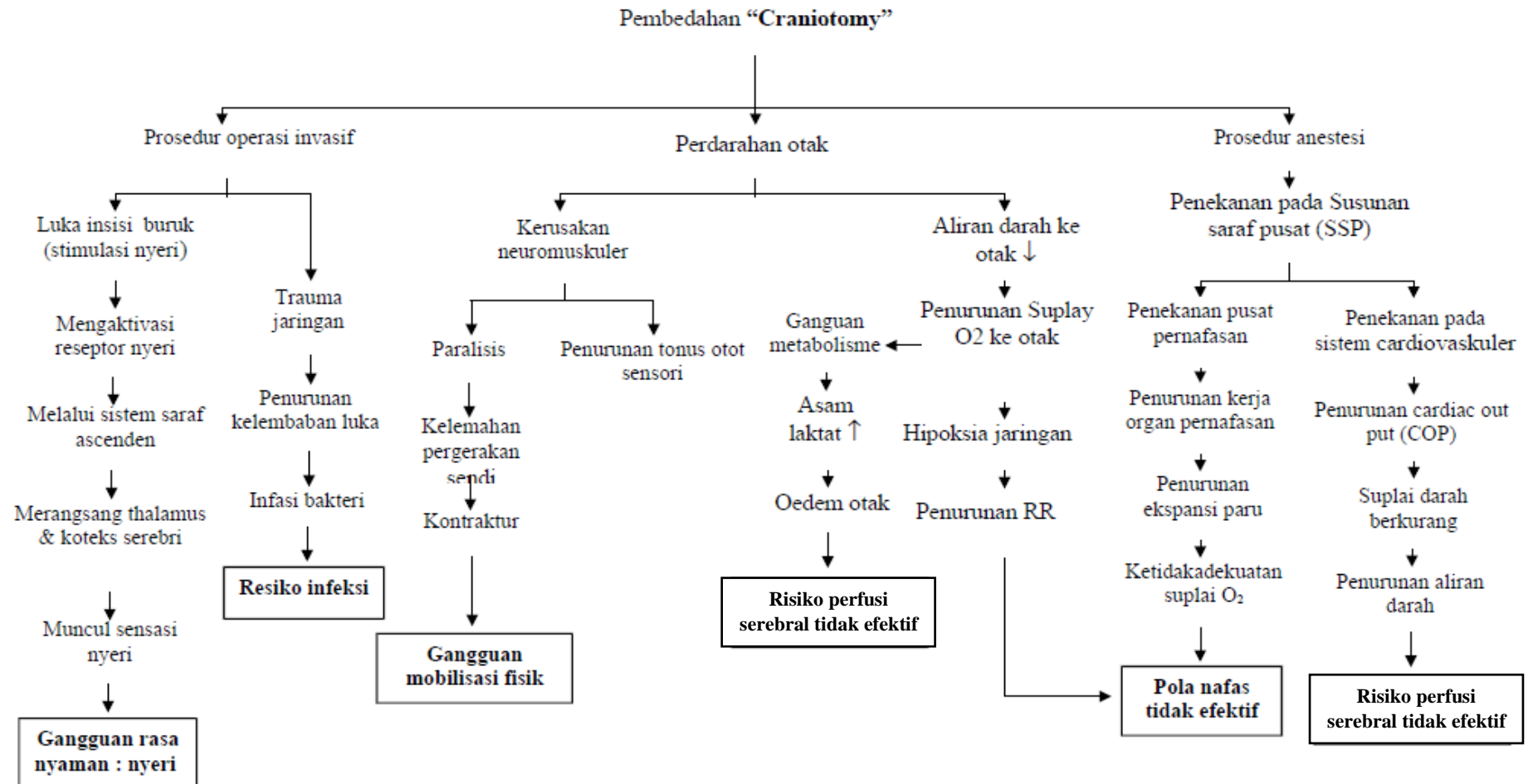
5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang dilakukan untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan berhasil atau masih harus dilanjutkan untuk mendapat hasil yang lebih baik dan mencapai target yang telah di tentukan. Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan (Sangadah, K., & Kartawidjaja, 2020).

Evaluasi keperawatan terdiri dari S yang merupakan ungkapan perasaan dan keluhan secara subjektif oleh keluarga maupun pasien

setelah di beri tindakan keperawatan, O yang merupakan keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif, A yang merupakan analisa perawat setelah mengetahui respon pasien secara objektif dan subjektif, dan P yang merupakan perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

6. Web of Causation (WOC)



Gambar 2. 6 Web of Causation

Sumber : (Sjamsuhidajat et al., 2012)