

Materi kuliah
Keperawatan medical bedah 2

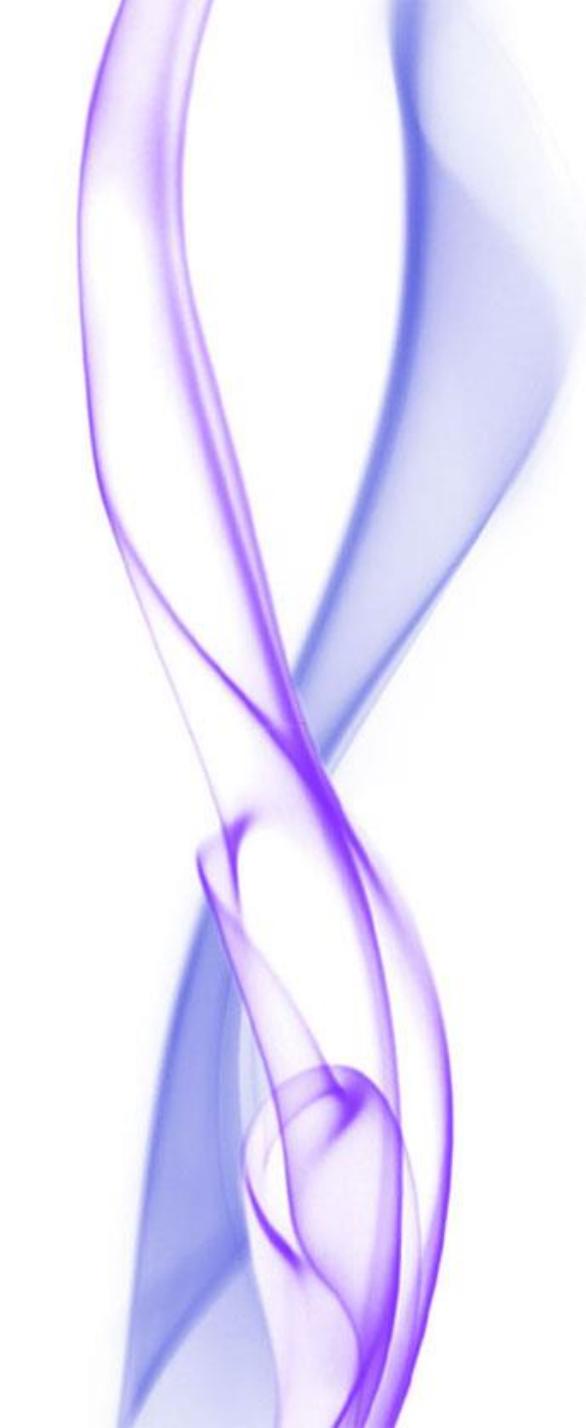
Ni Ketut Kardiyudiani, M.Kep., Sp.Kep.MB., PhDNS

Prodi DIII keperawatan
2023/2024



**“Nyeri,
Gangguan tidur
(insomnia)”**

**Ni Ketut Kardiyudiani, M.kep., Sp. Kep.PHDNS
Genap 2023/2024**



Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan istirahat dan tidur akibat patologis sistem persyarafan dan integumen :

“Nyeri, Gangguan tidur (insomnia)”

- Pengkajian
- Masalah keperawatan
- Rencana keperawatan
- Implementasi keperawatan
- Evaluasi asuhan keperawatan
- Dokumentasi asuhan keperawatan



ASKEP NYERI dan INSOMNIA

Insomnia dapat diklasifikasikan berdasarkan durasi dan etiologinya antara lain :

a. Dilihat dari durasinya insomnia dibagi menjadi tiga antara lain:
transient insomnia, short-term insomnia dan insomnia kronis.



- 1) Transient insomnia: insomnia yang dapat sembuh secara spontan, berlangsung ≤ 7 hari.
- 2) Short-term insomnia: insomnia yang berlangsung dalam 1-3 minggu.
- 3) Insomnia kronis: insomnia yang berlangsung > 3 minggu.

Manifestasi Klinis

- mengalami kesulitan tidur kronis, sering terbangun dari tidur, tidur
- pendek atau tidur non-restoratif
- mengeluh kantuk yang berlebihan di siang hari.

Riview tentang INSOMNIA

Insomnia merupakan gangguan utama yang berhubungan dengan kesulitan untuk tidur

Penyebab



insomnia dapat terjadi karena beberapa faktor yaitu obat dan substansi, gaya hidup, lingkungan, latihan dan kelelahan, makanan dan asupan kalori, lingkungan, stress emosional seperti pensiun, gangguan fisik, atau kematian orang yang dicintai

b. Berdasarkan etiologinya insomnia dibagi menjadi **insomnia primer** dan insomnia sekunder.



- 1) **Insomnia primer** : insomnia yang penyebabnya tidak diketahui dengan jelas atau idiopatik. Pada pasien tidak ditemukan gangguan medis, gangguan psikiatri atau karena faktor lingkungan.
- 2) **Insomnia sekunder** : insomnia yang disebabkan oleh kondisi medis tertentu dan juga oleh obat-obatan

Pengkajian insomnia

- a) Pola tidur, seperti jam berapa klien masuk kamar untuk tidur, jam berapa biasa bangun tidur dan keteraturan pola tidur klien.
- b) Kebiasaan yang dilakukan klien menjelang tidur, seperti buang air kecil, membaca buku.
- c) Gangguan tidur yang sering klien dan cara mengatasinya.
- d) Kebiasaan tidur siang.
- e) Lingkungan tidur klien. Bagaimana kondisi lingkungan tidur klien? Apakah kondisinya bising, gelap atau suhu dingin?
- f) Peristiwa yang baru dialami klien dalam hidup. Perawat mempelajari apakah peristiwa yang dialami klien dalam hidup. Perawat mempelajari apakah peristiwa yang dialami klien menyebabkan gangguan tidur?
- g) Status mental dan emosi klien. Perawat perlu mengkaji mengenai status emosional dan mental klien, misalnya apakah klien mengalami stress emosional atau ansietas? Kaji sumber stress yang dialami klien.
- h) Perilaku deprivasi tidur yaitu manifestasi fisik dan perilaku yang timbul sebagai akibat gangguan istirahat dan tidur, seperti penampilan wajah, misalnya adakah area gelap disekitar mata, bengkak dikelopak mata, konjungtiva kemerahan atau mata yang terlihat cekung.

Pemeriksaan fisik

- ❑ Tidak ada pemeriksaan fisik spesifik untuk gangguan tidur. Namun, pada pasien dengan gangguan jalan napas ketika tidur atau pada pasien yang mengorok, maka mungkin perlu diperiksa indeks massa tubuh untuk melihat adanya kelebihan berat badan.
- ❑ Lakukan pula pemeriksaan leher dan tenggorokan untuk menilai lingkaran leher, ukuran tonsil, ukuran lidah, ukuran uvula, dan bentuk palatum.
- ❑ Evaluasi juga adanya abnormalitas fasial.



Diagnosa keperawatan insomnia

D.0055 Gangguan Pola Tidur.

Definisi :

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal

Penyebab :

- Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- Kurang kontrol tidur
- Kurang privasi
- Restraint fisik
- Ketiadaan teman tidur
- Tidak familiar dengan peralatan tidur



Gejala mayor

- Mengeluh sulit tidur
- Mengeluh sering terjaga
- Mengeluh tidak puas tidur
- Mengeluh pola tidur berubah
- Mengeluh istirahat tidak cukup.

Gejala minor

Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

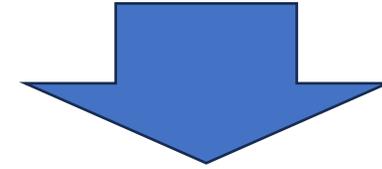
Kondisi Klinis Terkait

- 1.Nyeri/kolik
- 2.Hipertirodisme
- 3.Kecemasan
- 4.Penyakit paru obstruktif kronis
- 5.Kehamilan
- 6.Periode pasca partum
- 7.kondisi pasca operasi

Kriteria luaran

- **Luaran Utama :**
Pola Tidur
- **Luaran Tambahan**
 - Penampilan Peran
 - Status Kenyamanan
 - Tingkat Depresi
 - Tingkat Keletihan

Intervensi Utama



- Edukasi
Aktivitas/Istirahat
- Dukungan Tidur

Rencana Intervensi

Intervensi Pendukung

- Dukungan kepatuhan Program Pengobatan Pemberian Obat Oral
- Dukungan Meditasi
- Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK
- Fototerapi Gangguan Mood/Tidur
- Latihan Otogenik
- Manajemen Demensia
- Manajemen Energi
- Manajemen Lingkungan
- Manajemen Msdikasi
- Manajemen Nutrisi

- Manajemen Nyeri
- Manajemen Penggantian Hormon
- Pengaturan Posisi
- Promosi Koping
- Promosi Latihan Fisik
- Reduksi Ansietas
- Teknik Menenangkan
- Terapi Aktivitas
- Terapi Musik
- Terapi Pemijatan
- Terapi Relaksasi
- Terapi Relaksasi Otot Progresif

•Riview nyeri

Definisi nyeri

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan sebagai suatu kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diperdiksi dan berlangsung lebih dari tiga bulan

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas dari ringan hingga berat, terjadi konstan

Pengkajian nyeri

- **Alasan masuk rumah sakit (MRS)** : keluhan utama pasien saat MRS dan saat dikaji. Pasien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelumnya
- **Kebutuhan rasa nyaman (nyeri)**. Data didapatkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis untuk mengkaji karakteristik nyeri yang diungkapkan oleh pasien dengan pendekatan PQRST
- **Riwayat nyeri**, Saat mengkaji riwayat nyeri, perawat sebaiknya memberi pasien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata – kata mereka sendiri.
- **Lokasi**. Untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, minta pasien menunjukkan area nyerinya. Pengkajian ini bias dilakukan dengan bantuan gambar tubuh. Pasien bias menandai bagian tubuh yang mengalami nyeri. Ini sangat bermanfaat, terutama untuk pasien yang memiliki lebih dari satu sumber nyeri

Pengkajian nyeri

- **Kualitas nyeri.** Terkadang nyeri bias terasa seperti “dipukul-pukul” atau “ditusuk-tusuk”. Perawat perlu mencatat kata-kata yang digunakan pasien untuk menggambarkan nyerinya sebab informasi yang akurat dapat berpengaruh besar pada diagnosis dan etiologic nyeri serta pilihan tindakan yang diambil
- **Pola.** Pola nyeri meliputi waktu awitan, durasi, dan kekambuhan atau interval nyeri. Oleh karenanya, perawat perlu mengkaji kapan nyeri dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang , dan kapan nyeri terakhir kali muncul
- **Faktor presipitasi.** Terkadang aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Sebagai contoh, aktivitas fisik yang berat dapat menimbulkan nyeri. Selain itu, faktor lingkungan (lingkungan yang sangat dingin atau panas) serta stressor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri
- **Pengaruh pada aktivitas sehari-hari dan istirahat tidur.** Dengan mengetahui sejauh mana nyeri memengaruhi aktivitas harian pasien akan membantu perawat memahami perspektif pasien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri adalah sulit tidur dan kelemahan

Pengkajian nyeri

- **Pola Kognitif** menjelaskan pengkajian Penyuluhan dan pembelajaran sudah sesuai antara teori kurangnya mengetahui tentang penyakitnya atau kondisi kesehatannya
- **Sumber koping.** Setiap individu memiliki strategi koping berbeda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya atau pengaruh agama atau budaya
- **Respons afektif.** Respons afektif pasien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, interpretasi tentang nyeri, serta banyak faktor lainnya
- **Pola Nutrisi** –Metabolik Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, makanan kesukaan

Mnemonic PQRST untuk pengkajian nyeri

Singkatan	Pertanyaan
P : provokes, palliative (penyebab)	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.
Q : quality (kualitas)	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).
R : Radiates (penyebaran)	Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.
S : severity (keparahan)	Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara
T : time (waktu)	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.

<p>Faktor pencetus (P : <i>provoking Incident</i>)</p>	<p>Definisi : Pengkajian untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri.</p> <p>Pertanyaan : 1. Bagaimana peristiwa sehingga terjadi nyeri? 2. Faktor apa saja yang bisa menurunkan nyeri?</p>	<p>Keparahan (S: <i>Scale of Pain</i>)</p>	<p>Definisi : Pengkajian untuk menentukan seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien. Pengkajian ini dapat dilakukan berdasarkan skal nyeri dan pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya. Berat ringannya suatu keluhan nyeri bersifat subyektif.</p> <p>Pertanyaan : 1. Seberapa berat keluhan yang dirasakan. 2. Dengan menggunakan rentang 0-9.</p> <p>Keterangan: 0 = Tidak ada nyeri 1-2-3 = Nyeri ringan 4-5 = Nyeri sedang 6-7 = Nyeri hebat 8-9 = Nyeri sangat 10 = Nyeri paling hebat</p>
<p>Kualitas (Q: <i>Quality of Pain</i>)</p>	<p>Definisi : Pengkajian untuk menilai bagaimana rasa nyeri dirasakan secara subyektif. Karena sebagian besar deskripsi sifat dari nyeri sulit ditafsirkan.</p> <p>Pertanyaan : 1. Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien? 2. Bagaimana sifat nyeri yang digambarkan pasien?</p>		<p>Definisi : Pengkajian untuk mendeteksi berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.</p> <p>Pertanyaan : 1. Kapan nyeri muncul? 2. Tanyakan apakah gejala timbul mendadak, perlahan-lahan atau seketika itu juga? 3. Tanyakan apakah gejala-gejala timbul secara terus-menerus atau hilang timbul. Tanyakan kapan terakhir kali pasien merasa nyaman atau merasa sangat sehat.</p>
<p>Lokasi (R: <i>Region</i>)</p>	<p>Definisi : Pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat, adanya radiasi dan penyebabnya.</p> <p>Pertanyaan : 1. Dimana (dan tunjukkan dengan satu jari) rasa nyeri paling hebat mulai dirasakan? Apakah rasa nyeri menyebar pada area sekitar nyeri?</p>	<p>Waktu (T: <i>Time</i>)</p>	

Diagnosa Keperawatan

D.0077 Nyeri Akut

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 3 bulan.

Gejala mayor Objektif

Tampak meringis

Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

Gelisah

Frekuensi nadi meningkat

Sulit tidur

Penyebab

- Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala minor

Tekanan darah meningkat

pola napas berubah

nafsu makan berubah

proses berpikir terganggu

Menarik diri

Berfokus pada diri sendiri

Diaforesis

Lanjut melihat
pada SLKI dan
SIKI

KASUS

- Seorang Perempuan (37 Tahun) di rawat di rumah sakit dengan keluhan nyeri pada punggung bawah sejak 2 hari yang lalu akibat melakukan pekerjaan rumah yang sering membungkuk, berjongkok. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5 (0-10) dengan intensitas nyeri hilang timbul. Nyeri akan tidak berkurang saat beristirahat. Pasien mengeluh tidak bisa tidur karena nyerinya
- Hasil pengkajian Umum : kesadaran Compos mentis, GCS= 15, E: 4, V: 5, M: 6, TB/BB 150/85,. TD: 110/70 mmHg S: 36oC N: 88x/mnt R: 20x/mnt

HASIL PEMERIKSAAN FISIK :

- Kepala simetris, rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan,
- Mata: Sklera jernih, konjungtiva tidak anemis
 - Mulut: mukosa bibir lembab
 - Hidung: tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret
 - Telinga: telinga bersih, bentuk simetris
 - Leher tidak ada pembesaran limfe
 - Dada simetris, tidak ada jejas
 - Abdomen: Bising usus 10x/mnt, tidak ada jejas, tidak ada nyeri tekan
 - Ekstremitas: tidak ada masalah

Lanjutan kasus

- Mengeluh nyeri
 - Tampak meringis
 - Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
 - Nafsu makan menurun
 - Gelisah
 - Dan Sulit tidur
- Pemeriksaan penunjang
 - Nilai GDS: 110 mg/dL
 - Asam urat: 6,3 mg/dL

ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan merasakan nyeri pada punggung bawahnya usai melakukan aktivitas rumah tangga- Pengkajian status nyeri: <p>Paliativ/pemicu: melakukan aktivitas fisik dengan posisi yang salah</p> <p>Quality/kualitas: nyeri seperti tertusuk</p> <p>Region/lokasi: dirasakan pada punggung bagian bawah</p> <p>Scale/skala: skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>Time/waktu: nyeri dirasakan sejak 2 hari yang lalu, nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tampak gelisah- Pasien pasien tampak meringis saat menggerakkan pinggangnya.	<p>Cedera traumatis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Agen pencedera fisik (melakukan aktivitas dengan posisi yang tidak ergonomis)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien
 - mengeluh nyeri pada punggung bawah, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas
 - fisik, skala nyeri 5 (0-10), nyeri seperti tertusuk, nyeri dirasakan sejak kemarin
 - dengan intensitas hilang timbul, pasien tampak meringis saat menggerakkan
 - pinggangnya, dan pasien tampak gelisah.

INTERVENSI KEPERAWATAN

No. DX	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Setelah dilakukan Intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none">Keluhan nyeri menurunMeringis menurunGelisah menurun	<ol style="list-style-type: none">Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeriIdentifikasi skala nyeriIdentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeriMonitor keberhasilan terapi akupresur yang sudah diberikanAjarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian terapi akupresur)Berikan terapi akupresur untuk mengurangi rasa nyeriAjarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresur secara mandiri.

IMPLEMENTASI

Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi Formatif	Paraf
1	2	3	4
Hari ke-1	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri pada punggung bawahnya usai melakukan aktivitas rumah tangga dengan posisi yang tidak bagus, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti tertusuk DO: Pasien tampak meringis saat mengerakkan pinggangnya	
	Mengidentifikasi skala nyeri	DS: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5 (0-10) DO: Pasien tampak gelisah	
	Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	DS: Pasien mengatakan rasa nyeri saat beraktivitas dan mereda saat beristirahat DO: Pasien tampak tidak nyaman	
Hari ke-2	Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (pemberian terapi akupresur)	DS: Pasien mengatakan bingung titik mana yang harus ditekan dan bagaimana caranya DO: Pasien tampak antusias saat dijelaskan	

- Selesaikan sampai hari ke 3 sesuai dengan waktu di tujuan

Evaluasi

Hari/ tanggal/ jam	Evaluasi	Paraf
Hari ke- 4	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan pijatan terapi akupresur, pasien mengatakan lebih rileks, Pasien mengatakan skala nyeri 3(0-10)</p> <p>O: Pasien tamak kooperatif, pasien tampak nyaman,</p> <p>A: Nyeri Akut teratasi, rasa nyaman terpenuhi</p> <p>P: Tingkatkan kondisi klien</p> <p>Anjurkan keluarga pasien untuk melakukan pijatan apabila pasien merasa nyeri punggung</p>	

Tugas kelompok



Buatlah lanjutan askep untuk masalah gangguan tidur yang terjadi pada pasien akibat nyeri yang dialaminya

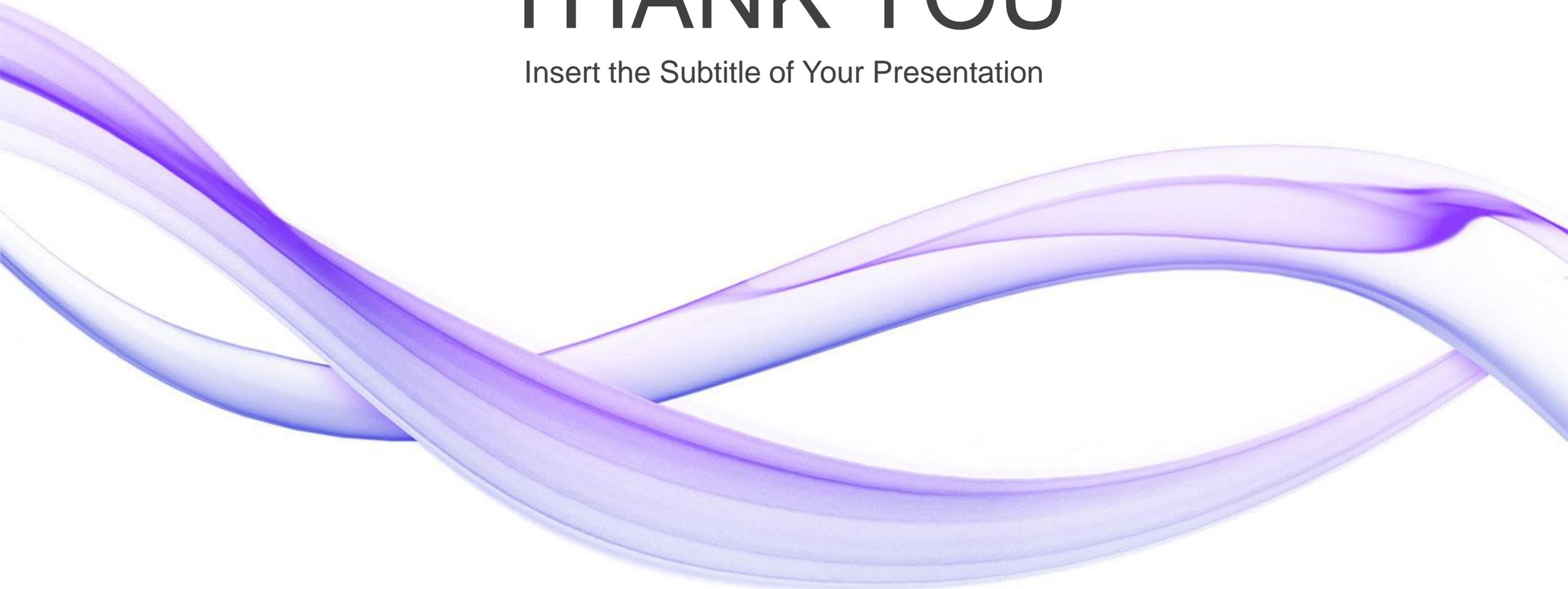
Tambahkan data jika diperlukan

Buat dalam word dan kumpulkan pada link yang telah di sediakan

[https://drive.google.com/drive/folders/1YgYBMMwryn2ElhfvcjGKv5-R48apmN8z?usp=drive link](https://drive.google.com/drive/folders/1YgYBMMwryn2ElhfvcjGKv5-R48apmN8z?usp=drive_link)

Pada folder : Tugas pertemuan 2

Berikan judul : Kelas NIM nama tugas KMB 2 pertemuan 2 bu ketut.

The background features several overlapping, wavy, translucent purple lines that flow across the bottom half of the slide, creating a sense of movement and depth. The lines vary in opacity and shade, ranging from light lavender to a deeper purple.

THANK YOU

Insert the Subtitle of Your Presentation