

**PENERAPAN TERAPI MUROTTAL AL-QUR'AN DALAM ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA DENGAN  
PENURUNAN KESADARAN DI RUANG RAWAT INAP  
HCU BEDAH RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**



**OLEH:**

**SILVIA WAHYUNI, S.Tr.Kep**  
**NIM: 223410957**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLITEKNIK  
KESEHATAN KEMENKES PADANG  
TAHUN 2023**

**PENERAPAN TERAPI MUROTTALL AL-QUR'AN DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA  
KEPALA DENGAN PENURUNAN KESADARAN  
DI RUANG RAWAT INAP HCU BEDAH  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**KARYA TULIS AKHIR**

Diajukan Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik  
Kementerian Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan Dalam  
Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners



**OLEH :**

**SILVIA WAHYUNI, S.Tr.Kep**  
**NIM: 223410957**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLITEKNIK  
KESEHATAN KEMENKES PADANG  
TAHUN 2023**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Terapi Murottal Al-Qur'an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang

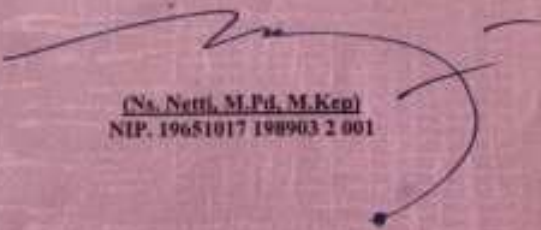
Nama : Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep

NIM : 223410957


Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan dihadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.

Padang, 15 Juni 2023

Komisi Pembimbing

  
**(Ns. Netti, M.Pd, M.Kep)**  
**NIP. 19651017 198903 2 001**

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
**(Ns. Nova Yanti, M.Ke, Sp.Keper.MB)**  
**NIP. 19801023 200212 2 002**

#### HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep

NIM : 223410957

Judul KTA : Penerapan Terapi Murattal Al-Qur'an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Pemasaran Kesadaran Di Ruang Rawat Inap ICU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang.


#### DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Hendri Budi, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB

Anggota Penguji : Reflita, S.Kp, M.Kes

Anggota Penguji : Ns. Netti, M.Pd, M.Kep

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
(Ns. Nova Yanti, M.Kep, Sp.Kep.MB)  
Nip. 19801023 200212 2 002

## **PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep  
NIM : 223410957  
Tanggal Lahir : 29 September 1999  
Tahun Masuk Profesi : 2022  
Nama PA : Ns. Zolla Amely Ilda, M.Kep  
Nama Pemibing KTA : Ns. Netti, M.Pd, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul: Penerapan Terapi Murottal Al-Qur'an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 2023  
Yang membuat pertanyaan

(Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep)  
NIM: 223410957

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Silvia Wahyuni  
Tempat/Tanggal Lahir : Solok, 29 September 1999  
Alamat : Perumnas Nusa Indah 6 Blok F No.2  
Gelandang Betung, Kota Solok  
Status Keluarga : Belum Menikah  
No.Telp/HP : 081268509913  
Riwayat Pendidikan :

No	Pendidikan	Tahun Lulus	Tempat
1.	TK	2005	TK Bhayangkari Kota Solok
2.	SD	2012	SD N 05 Kp. Jawa Kota Solok
3.	SMP	2015	SMP N 1 Kota Solok
4.	SMA	2018	SMA N 1 Kota Solok
5.	PT	2022	Poltekkes Kemenkes Padang

## KATA PENGANTAR



Alhamdulillah puji syukur peneiti ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Penerapan Terapi Murottal Al-Qur’an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang”**. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan Ibu Ns. **Netti, M.Pd, M.Kep** yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis akhir. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp,M.Kep,Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr Dovy Djanas, Sp.OG(K) selaku Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan praktek magang profesi ners
3. Bapak Tasman, S.Kp,M.Kep,Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns. Nova Yanti, M.Ke.,Sp.Kep.MB selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
5. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Ibu pembimbing akademik Ns. Zolla Amely Ilda, M.Kep yang selalu memberikan support dan arahan untuk peneliti dan rekan- rekan satu bimbingan.
7. Teristimewa kepada orangtua dan saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
8. Rekan- rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan proposal skripsi ini.

Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Padang, Juni 2023

Peneliti



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2023**

**Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep**

**PENERAPAN TEKNIK TERAPI MUROTTALL AL-QUR'AN DALAM  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA DENGAN  
PENURUNAN KESADARAN DI RUANG RAWAT INAP HCU BEDAH  
RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

**Isi: xiii + 79 halaman, 2 bagan, 9 tabel, 5 lampiran**

**ABSTRAK**

Cedera kepala merupakan penyakit yang dapat menyebabkan terjadinya penurunan tingkat kesadaran pada seseorang. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, perbandingan angka kejadian cedera kepala di Indonesia pada tahun 2013 mencapai 8,2% dari populasi dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 9,2%. Pemberian stimulasi sensorik berupa stimulasi auditori sedini mungkin sangat penting untuk kelangsungan hidup, kualitas hidup dan prognosis jangka panjang pada pasien cedera kepala karena pendengaran merupakan fungsi indera yang paling akhir berfungsi pada penurunan kesadaran. Tujuan karya tulis akhir ini menerapkan terapi Murottal Al-Qur'an dalam asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Metode Karya Tulis Akhir ini menggunakan pendekatan laporan kasus (*case report*). Praktek profesi magang dilakukan dari bulan Mei-Juni 2023. Populasi adalah seluruh pasien Cedera Kepala yang dirawat di ruang HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang pada bulan Mei-Juni 2023 sebanyak 4 orang. Sampel yang diambil dengan Teknik purposive sampling sebanyak 2 orang. Teknik pengumpulan data menggunakan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pengukuran GCS dan studi dokumentasi.

Hasil evaluasi dari intervensi yang diberikan pada pasien menunjukkan adanya pengaruh terapi Murottall Al-Qur'an Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang

**Kata Kunci: Terapi Murottall Al-Qur'an, Cedera Kepala, Penurunan Kesadaran**

**Daftar Pustaka: 23 (2017-2023)**

**PADANG MINISTRY OF HEALTH POLYTECHNIC  
NERS PROFESSIONAL EDUCATION PROGRAM**

**Final Paper, June 2023**

**Silvia Wahyuni, S.Tr.Kep**

**APPLICATION OF AL-QUR'AN MUROTTALL THERAPY  
TECHNIQUES IN NURSING CARE FOR HEAD INJURY PATIENTS  
WITH DECREASED CONSCIOUSNESS IN THE INPATIENT ROOM OF  
THE HCU SURGERY OF DR. M. DJAMIL PADANG**

**Contents: xiii + 79 pages, 2 charts, 9 tables, 5 appendices**

**ABSTRACT**

Head injury is a disease that can cause a decrease in a person's level of consciousness. Based on the results of Basic Health Research in 2018, the comparative incidence of head injuries in Indonesia in 2013 reached 8.2% of the population and in 2018 it increased to 9.2%. Providing sensory stimulation in the form of auditory stimulation as early as possible is very important for survival, quality of life and long-term prognosis in head injury patients because hearing is the final sensory function that occurs when consciousness decreases. This final paper aims to apply Murottal Al-Qur'an therapy in nursing care for head injury patients with decreased consciousness in the HCU Surgical inpatient room at Dr. Hospital. M. Djamil Padang.

This Final Writing Method uses a case report approach. Internship professional practice will be carried out from May-June 2023. The population is all Head Injury patients treated in the HCU Surgical Room at RSUP. Dr. M. Djamil Padang in May-June 2023 as many as 4 people. The sample taken using the purposive sampling technique was 2 people. Data collection techniques use interview methods, observation, physical examination, GCS measurements and documentation studies.

The evaluation results of the intervention given to patients showed that there was an influence of Murottall Al-Qur'an therapy in nursing care for head injury patients with decreased consciousness in the HCU surgical inpatient room at Dr. Sup. M. Djamil Padang

**Keywords: Murottall Al-Qur'an Therapy, Head Injury, Decreased Consciousness**

**Bibliography: 23 (2017-2023)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK .....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan .....	6
D. Manfaat .....	7
BAB II TINJAUAN LITERATUR.....	8
A. Konsep Cedera Kepala.....	8
1. Anatomi Otak .....	8
2. Pengertian Cedera Kepala .....	10
3. Etiologi Cedera Kepala .....	11
4. Klasifikasi Cedera Kepala .....	11
5. Patofisiologi (Prabowo et al., 2023).....	15
6. Gejala Klinis Cedera Kepala .....	17
7. Komplikasi Cedera Kepala.....	17
8. Pemeriksaan Diagnostik .....	19
B. Pemberian Stimulasi Murottal Al-Qur'an.....	21
1. Pengertian .....	21
2. Indikasi .....	22
3. Kontra Indikasi .....	24
4. Tujuan.....	24
5. Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi .....	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala.....	26
1. Pengkajian .....	26

D. <i>Evidence Based Nursing</i> (EBN) : Aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an .....	48
BAB III METODELOGI KARYA TULIS AKHIR .....	53
A. Desain dan Jenis Penelitian .....	53
B. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus .....	53
C. Populasi dan Sampel .....	53
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	55
G. Alur Penyusunan .....	58
H. Prosedur Karya Tulis Akhir .....	58
I. Analisis Data .....	59
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	60
A. Hasil .....	60
B. Pembahasan .....	74
BAB V PENUTUP .....	84
A. Kesimpulan .....	84
B. Saran .....	86
DAFTAR PUSTAKA .....	87

## DAFTAR TABEL

Tabel 2 1 Glasgow Coma Scale .....	12
Tabel 2 2 SOP Terapi Murottal Al-Qur'an .....	24
Tabel 2 3 Intervensi Keperawatan.....	40
Tabel 2 4 Analisis Jurnal.....	50
Tabel 4 1 Pengkajian.....	60
Tabel 4 2 Analisa Data.....	64
Tabel 4 3 Tabel Diagnosa .....	65
Tabel 4 4 Intervensi.....	65
Tabel 4 5 Implementasi .....	67

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Secara global kejadian cedera kepala mengalami peningkatan akibat meningkatnya penggunaan kendaraan bermotor. Berdasarkan data WHO tahun 2014 menyatakan bahwa setiap tahun sebanyak 20-25 juta orang mengalami cedera dikarenakan kecelakaan lalu lintas dan sebanyak 1.24 juta orang diantara jumlah tersebut meninggal dunia, selain itu kecelakaan lalu lintas juga menjadi penyebab penyakit dan trauma ketiga terbanyak di dunia (World Health Organization, 2014).

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstisial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Mahoklori, 2021). Otak merupakan organ yang sangat vital bagi seluruh aktivitas dan fungsi tubuh, karena di dalam otak terdapat berbagai pusat kontrol seperti pengendalian fisik, intelektual, emosional, sosial, dan keterampilan. Walaupun otak berada didalam ruang yang tertutup dan terlindungi oleh tulang-tulang yang kuat namun dapat juga mengalami kerusakan. Salah satu penyebab dari kerusakan otak adalah terjadinya trauma atau cedera pada kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan otak, sehingga fungsinya juga akan terganggu (Musi & Nurjannah, 2021).

Kejadian cedera kepala di Amerika kurang lebih terdapat 500.000 kasus setiap tahunnya dan sebanyak 10% dari jumlah tersebut meninggal dunia sebelum sampai di Rumah Sakit. Di Negara Indonesia sendiri, kejadian cedera kepala merupakan salah satu ancaman yang cukup serius diperjelas dengan peningkatan cedera Nasional di Indonesia yaitu pada tahun 2007 sebanyak 7,5% kasus, tahun 2013 sebesar 8,2% kasus dan tahun 2018 sebesar 9,2% kasus (Risesdas, 2018).

Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9%. Cedera kepala menempati posisi ketiga setelah cedera pada anggota gerak bawah dan bagian anggota gerak atas dengan prevalensi masing-masing 67,9% dan 32,7%, dimana daerah dengan cedera kepala terbanyak adalah Gorontalo dengan dominasi 17,9, sedangkan Sumatera Barat menempati urutan ke delapan setelah Sulawesi Tengah dengan prevalensi sebesar 14,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Cedera kepala mampu meningkatkan angka kematian dan juga mampu menurunkan angka harapan hidup. Penyebab dari cedera kepala adalah adanya trauma pada kepala. Trauma yang dapat menyebabkan cedera kepala antara lain kejadian jatuh yang tidak disengaja, kecelakaan kendaraan bermotor, benturan benda tajam dan tumpul, benturan dari objek yang bergerak, serta benturan kepala pada benda yang tidak bergerak (Healthty, 2023).

Cedera kepala bisa menimbulkan kerusakan yang ringan sampai berat. Resiko utama pasien yang mengalami cedera kepala adalah kerusakan otak akibat perdarahan atau pembengkakan otak sebagai respon terhadap cedera. Perubahan fungsi otak yang terjadi dapat bermanifestasi berupa penurunan kesadaran, kejang atau koma. Mortalitas dan morbiditas pada pasien dengan cedera kepala terutama terjadi karena hipertensi intrakranial, yaitu adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Peningkatan TIK ini menimbulkan iskemia dan herniasi otak (Ristanto R, 2017).

Penanganan utama pada pasien yang mengalami cedera kepala yaitu dengan pemberian oksigenasi. Selain itu yang bisa dilakukan yaitu dengan mengobservasi adanya peningkatan TIK, meninggikan kepala pasien 20-30° dengan posisi kepala dan dada pada satu area, mengobservasi tekanan darah, mempertahankan posisi kepala dan leher di tengah atau netral serta menghindari penggunaan bantal dan segera lakukan pemeriksaan CT scan untuk mengetahui adanya kemungkinan cedera intrakranial. Apabila terjadi

perdarahan maka tindakan yang harus dilakukan tergantung dengan tingkat keparahan. (Yunus et al., 2020).

Penilaian awal keparahan cedera biasanya dilakukan melalui penggunaan *Glasgow Coma Scale* (GCS), yang merupakan skala lima belas poin berdasarkan pada tiga ukuran bruto fungsi sistem saraf untuk memberikan tingkat koma yang cepat dan umum. GCS dengan cepat membedakan keparahan cedera kepala sebagai “ringan”, “sedang” atau “berat”, menggunakan tiga tes, yang mengukur respons mata, verbal dan motorik. Berdasarkan GCS (*Glasgow Coma Scale*) cedera kepala dapat dibagi menjadi 3, yaitu cedera kepala ringan dengan GCS 13-15. Cedera kepala sedang dengan GCS 9-12, dan cedera kepala berat dengan GCS kurang atau sama dengan 8. Tingkat kesadaran atau skor GCS ini memiliki pengaruh yang kuat terhadap kesempatan hidup dan penyembuhan pada pasien cedera kepala. Skor GCS awal yang rendah pada awal cedera akan memiliki outcome yang buruk (Haryono & Febriyani, 2021).

Penurunan kesadaran akibat cedera kepala memerlukan perawatan dan penanganan segera untuk mengurangi kecacatan dan mencegah kematian oleh karena itu peran perawat sangat penting dalam melakukan asuhan keperawatan untuk meningkatkan status kesadaran dan meminimalisir kecacatan. Berbagai upaya asuhan keperawatan telah dikembangkan untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien, antara lain: oksigenasi, pengaturan posisi, dan stimulasi visual, auditori, taktil, gustatori dan stimulasi olfaktori (ZK Yusuf & Rahman, 2019).

Hasil penelitian Ismoyowati et al (2021) tentang stimulasi auditori pada pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran menyebutkan bahwa *auditory stimulation* dapat meningkatkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) atau status kesadaran pada cedera kepala. Sedangkan menurut hasil penelitian Rahman, A & Yusuf, K (2019) tentang pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap Glasgow Coma Scale pasien dengan penurunan kesadaran



di ruang ICU menunjukkan bahwa terapi Murotal Al-Qur'an berpengaruh signifikan untuk meningkatkan status kesadaran pasien. Rata-rata setiap responden mengalami peningkatan nilai GCS secara Motorik dan peningkatan pada Eye dimana semula mata hanya berespon terhadap nyeri, responden mulai berusaha untuk membuka mata ketika dipanggil namanya atau ketika diberi perintah untuk membuka mata walau tidak terbuka sepenuhnya.

Peran perawat untuk mengatasi penurunan kesadaran pada pasien cedera kepala yaitu melakukan pengkajian terkait keluhan utama yang dirasakan pasien seperti tingkat kesadaran menurun, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi melebar, pola napas ireguler, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologis terganggu, gelisah, muntah, TIK  $\geq 20$  mmHg (PPNI, 2017). Setelah melakukan pengkajian peran perawat selanjutnya adalah menegakkan diagnosis, membuat intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Menegakkan diagnosis sesuai dengan keluhan utama yang dirasakan pasien seperti penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola napas tidak efektif, bersihan jalan napas tidak efektif, dan gangguan mobilitas fisik (PPNI, 2017). Intervensi keperawatan yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengatasi penurunan kesadaran pada pasien cedera kepala adalah dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial yang pada terapeutik terdapat terapi nonfarmakologi yang salah satunya adalah terapi musik atau terapi murottal Al-Qur'an. (PPNI, 2018) serta melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Dari hasil observasi pada tanggal 15 Mei sampai 3 Juni ditemukan 4 orang pasien cedera kepala yang dirawat diruang HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Keempat pasien mengalami penurunan kesadaran dimana sebelumnya dilakukan pengukuran tingkat kesadaran (*Gaslow Coma Scale*). Setelah itu dilakukan pengkajian yang mana didapatkan hasil bahwa keempat pasien mengalami penurunan kesadaran diakibatkan karena kecelakaan. Penatalaksanaan terhadap penurunan kesadaran harus dilakukan

agar tidak terjadi perburukan kondisi. Tujuan penatalaksanaan adalah untuk meningkatkan kesadaran dengan melakukan stimulasi *Murottall* Al-Qur'an.

Murotal Al-Qur'an merupakan sebuah rekaman suara yang dilantunkan oleh qori' atau qori'ah. Murotal menghasilkan suara manusia sehingga dapat mengurangi tingkat stress, dan mengaktifkan hormon relaksasi seperti endorfin sehingga dapat meningkatkan perasaan relaksasi, dan dapat menjadi alat penyembuhan yang sangat baik (Aprilini et al., 2019).

Menurut hasil penelitian Zuhriana K (2019) tentang pengaruh stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale pasien dengan penurunan kesadaran menunjukkan bahwa dengan pemberian stimulasi Al-Qur'an ini tidak hanya sebagai bentuk dukungan psikologi dan bernilai spiritual, namun juga berperan sebagai neuroprotektif otak melalui stimulus auditori. Oleh karena itu stimulasi sensori dalam hal ini stimulai Al-Qur'an dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif intervensi keperawatan dalam upaya meningkatkan proses pemulihan pasien dengan penurunan kesadaran yang ditandai dengan kenaikan nilai GCS (Zuhriana Yusuf & Rahman, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti telah menyusun laporan ilmiah akhir tentang "Penerapan Teknik Terapi Murottall Al-Qur'an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang".

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah Bagaimana Penerapan Teknik Terapi Murottall Al-Qur'an dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang?

### C. Tujuan

#### 1. Tujuan Umum

Karya Tulis Akhir ini bertujuan untuk mengaplikasikan penerapan intervensi terapi Murottal Al-Qur'an dalam asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang

#### 2. Tujuan khusus

- a. Melaksanakan pengkajian komprehensif pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- b. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.
- f. Mampu mendokumentasikan evaluasi keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*) di ruang rawat inap HCU bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

## **D. Manfaat**

### **1. Manfaat Aplikatif**

Penulisan Karya Tulis Akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala yang mengalami penurunan kesadaran dengan pemberian terapi Murottal Al-Qur'an. Karya ilmiah ini dapat bermanfaat dan menjadi acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*).

### **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

#### **a. Bagi intansi pendidikan**

Hasil Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat dan dapat dijadikan sebagai bahan referensi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*).

#### **b. Bagi penulis**

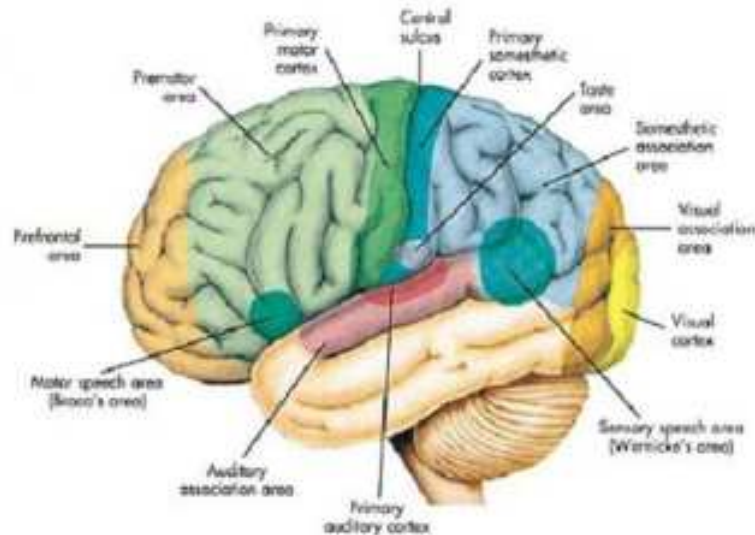
Peneliti mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan kesadaran (*glasgow coma scale*).

## BAB II TINJAUAN LITERATUR

### A. Konsep Cedera Kepala

#### 1. Anatomi Otak

Otak merupakan organ yang sangat penting karena ia mengendalikan semua fungsi tubuh manusia. Selain paling penting, otak juga merupakan organ yang paling rumit. Otak terdiri dari serebrum, serebelum, dan batang otak yang dibentuk oleh mesensefalon, pons, dan medulla oblongata (Yueniwati, 2017).



#### 1. Serebrum

Terdiri dari empat lobus yaitu lobus frontal, parietal, temporal, dan oksipital. Serebrum juga dikenal sebagai otak besar yang mengisi penuh rongga tengkorak.

#### 2. Cerebellum

Dikenal juga dengan otak kecil yang terletak pada bagian belakang tengkorak. Cerebellum dipisahkan dengan cerebrum oleh fisura transversalis dan berada diatas medulla oblongata.

### 3. Batang otak

- a. Diensefalon : bagian batang otak paling atas, terdapat diantara serebelum dengan mesensefalon. Adapun fungsi dari diensefalon yaitu untuk mengecilkan pembuluh darah, membantu proses persarafan, mengontrol kegiatan refleks, dan membantu kerja jantung.
- b. Mesensefalon : dikenal juga dengan otak tengah yang menghubungkan pons dengan serebelum
- c. Medula Oblongata : bagian otak yang paling bawah yang menghubungkan pons varoli dengan medulla spinalis. Ada beberapa bagian untuk menjalankan fungsi otak, antara lain :
  - 1) Meningen  
Merupakan selaput yang melindungi otak dan sum-sum tulang belakang. Selain itu juga berfungsi untuk membawa pembuluh darah dan cairan serebrospinal serta mengurangi jika terjadi benturan dan getaran pada otak.
  - 2) Sistem Ventrikel  
Terdiri dari rongga-rongga yang terdapat dalam otak yang berkaitan satu sama lainnya, sistem ini menghasilkan cairan yang disebut dengan cairan serebrospinal.
  - 3) Cairan Serebrospinal  
Merupakan cairan yang dihasilkan oleh pleksus koroid. Cairan tersebut bersifat alkalis transparan yang menyerupai plasma.
  - 4) Medula Spinalis  
Berada pada kanalis vertebralis berdampingan dengan ganglion radiks posterior. Medulla spinalis terdiri dari susunan saraf pusat yang terluar yang merupakan tempat keluarnya 31 pasang saraf yaitu 8 pasang servikal, 12 pasang torokal, 5 pasang lumbal, 5 pasang sakral, dan 1 pasang koksigial.

### 5) Saraf Perifer

Terdiri dari saraf somatik dan saraf otonom. Saraf somatik merupakan susunan saraf yang mempunyai peranan spesifik untuk mengatur aktivitas otot sadar atau serat lintang sedangkan saraf otonom merupakan saraf-saraf yang berkerjanya tidak dapat disadari dan bekerja secara otomatis.

## 2. Pengertian Cedera Kepala

Cedera kepala adalah (trauma capitis) adalah cedera mekanik yang secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis.

Cedera kepala merupakan suatu proses primer dapat menyebabkan kontusio dan laserasi. Cedera kepala ini dapat berlanjut menjadi cedera sekunder. Akibat trauma terjadi peningkatan kerusakan sel otak sehingga menimbulkan gangguan autoregulasi. Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan terjadi gangguan metabolisme dan perfusi otak. Peningkatan rangsangan simpatis menyebabkan peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan peningkatan tekanan darah. Penurunan tekanan pembuluh darah di daerah pulmonal mengakibatkan peningkatan tekanan hidrolistik sehingga terjadi kebocoran cairan kapiler. Trauma kepala dapat menyebabkan edema dan hematoma pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Nurwidiyanti, 2022).

### 3. Etiologi Cedera Kepala (Hidayati et al., 2018)

Menurut Krisanti, dkk (2014), Penyebab cedera kepala dibagi menjadi :

#### a. Trauma Tumpul

Kekuatan benturan akan menyebabkan kerusakan yang menyebar. Berat ringannya cedera yang terjadi tergantung pada proses akselerasi-deselerasi, kekuatan benturan dan kekuatan rotasi internal. Rotasi internal dapat menyebabkan perpindahan cairan dan perdarahan ptekie karena pada saat otak bergeser akan terjadi pergesekan antara permukaan otak dengan tonjolan-tonjolan yang terdapat dipermukaan dalam tengkorak laserasi jaringan otak sehingga mengubah integritas vaskular otak.

#### b. Trauma Tajam

Disebabkan oleh pisau atau peluru atau fragmen tulang pada fraktur tulang tengkorak. Kerusakan tergantung pada kecepatan gerak (*velocity*) benda tajam tersebut ke kepala atau otak. Kerusakan terjadi hanya pada area di mana benda tersebut merobek otak (lokal). Obyek dengan *velocity* tinggi (peluru) menyebabkan kerusakan struktur otak yang luas. Adanya luka terbuka menyebabkan risiko infeksi.

#### c. *Coup* dan *Countercoup*

Pada cedera *coup* kerusakan terjadi segera pada daerah benturan sedangkan pada cedera *countercoup* kerusakan terjadi pada sisi yang berlawanan dengan cedera *coup*.

### 4. Klasifikasi Cedera Kepala

#### a. Berdasarkan Tingkat Keparahan Klinis

Penilaian derajat beratnya cedera kepala dapat dilakukan dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) yaitu suatu skala untuk menilai secara kuantitatif tingkat kesadaran seseorang dan kelainan neurologis yang terjadi. Ada 3 aspek yang dinilai yaitu reaksi membuka mata (*eye opening*), reaksi bicara (verbal respons) dan reaksi lengan serta tungkai (motor respons). Cedera kepala diklasifikasikan menjadi 3 kelompok berdasarkan nilai GCS yaitu (Marbun et al., 2020) :



- 1) Cedera Kepala Ringan (CKR) dengan GCS > 13, tidak terdapat kelaianan berdasarkan CT Scan otak, tidak memerlukan tindakan operasi, lama dirawat di rumah sakit < 48 jam.
- 2) Cedera Kepala Sedang (CKS) dengan GCS 9-13, ditemukan kelaianan pada CT Scan otak, memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial, di rawat di rumah sakit setidaknya 48 jam.
- 3) Cedera Kepala Berat (CKB) bila dalam waktu > 48 jam setelah trauma, skor GCS < 9

*Tabel 2 1 Glasgow Coma Scale*

<i>Eye Opening</i>	<i>Score</i>
Mata terbuka spontan	4
Mata membuka terhadap bicara	3
Mata membuka sedikit setelah dirangsang nyeri	2
Tidak membuka mata	1
<i>Motor Response</i>	
Menurut perintah	6
Dapat melokalisir nyeri	5
Reaksi menghindari	4
Gerakan fleksi abnormal	3
Gerakan ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan	1
<i>Verbal Respons</i>	
Berorientasi	5
Bicara kacau/disorientasi	4
Mengeluarkan kata-kata yang tidak tepat/ tidak membentuk kalimat	3
Mengeluarkan suara tidak ada artinya	2
Tidak ada jawaban	1

b. Berdasarkan Etiologi

- 1) Cedera kepala tumpul : terjadi ketika kekuatan mekanik eksternal menyebabkan percepatan atau perlambatan yang berdampak pada otak. Hal ini biasanya ditemukan dalam cedera akibat kendaraan bermotor, jatuh, luka bakar atau alterasi fisik.
- 2) Cedera kepala penetrasi terjadi saat sebuah benda menembus tengkorak dan melukai dura mater yang biasanya terlihat pada luka tembak dan tusukan.

- 3) Cedera kepala ledak umumnya terjadi setelah pengeboman dan peperangan karena kombinasi antara gaya kontak dan inersia tekanan berlebih dan gelombang akustik.

c. Berdasarkan Keterlibatan

Cedera kepala dapat diklasifikasikan berdasarkan area yang terlibat, seperti dalam diffuse atau fokal, walaupun 2 jenis ini sering disamakan.

- 1) Cedera kepala yang meliputi cedera aksonal difus (DAI), cedera otak hipoksia, edema serebral difus atau cedera vaskular yang menyebar.
- 2) Cedera fokal meliputi lesi spesifik seperti kontusi, hematoma intrakranial, infark, *axonal tears*, evakuasi saraf kranial dan fraktur tengkorak.

d. Berdasarkan Perkembangan Cedera

- 1) Cedera primer disebabkan oleh kekuatan mekanik langsung, apakah tumpul, tembus, atau meledak dan termasuk berikut ini
  - a) Fraktur tulang tengkorak  
Kontusi (memar/ berdarah pada otak) yang dapat menyebabkan perdarahan (pembekuan darah di lapisan meningeal atau struktur kortikal/subkortikal akibat trauma)
  - b) Gagar otak (cedera kecepatan rendah yang mengakibatkan defisit fungsional tanpa cedera patologis)
  - c) Laserasi (di jaringan otak atau pembuluh darah otak)
  - d) Cedera aksonal difus (gaya geser traumatis yang menyebabkan robeknya serabut saraf di sepanjang *gray matter*)

Cedera primer dapat disebabkan oleh cedera tembus (*open-head*) atau cedera yang tidak menentu (*close-head*). Cedera tembus (*open*) melibatkan luka terbuka kepala karena benda asing (misal peluru). Hal ini biasanya ditandai dengan kerusakan fokal yang terjadi di sepanjang rute yang telah dilalui benda tersebut di otak

yang mencakup tengkorak retak/perforasi, robeknya meninges dan kerusakan jaringan otak.

Cedera nonpenetrasi (*closed-head*) ditandai dengan kerusakan otak akibat dampak tidak langsung tanpa masuknya benda asing ke otak. Tengkorak itu mungkin tidak rusak, tapi ada penetrasi meninges. Cedera yang tidak menentu terdiri dari dua jenis:

- a) Cedera akselerasi disebabkan oleh pergerakan otak di dalam kepala yang tidak terkendali (misalnya cedera pukulan). Jika ada kekuatan yang memengaruhi kepala cukup kuat, hal itu dapat menyebabkan kontusi pada tempat benturan dan sisi berlawanan tengkorak, menyebabkan kontusi tambahan (*cedera coup-contre coup*).
- b) Cedera nonakselerasi disebabkan oleh cedera pada kepala yang tertahan dan olah karena itu, tidak ada akselerasi atau perlambatan otak yang terjadi di dalam tengkorak. Ini biasanya mengakibatkan deformasi (patah tulang) tengkorak, menyebabkan kerusakan lokal terpusat pada meninges dan otak.

## 2) Cedera Sekunder

Mengacu pada konsekuensi patofisiologis yang berkembang dari cedera primer dan mencakup banyak kaskade neurobiologis kompleks yang diubah atau dimulai pada tingkat sel setelah cedera primer dan termasuk berikut ini:

- a) Iskemia (aliran darah tidak mencukupi)
- b) Hipoksia (kekurangan oksigen di otak)
- c) Hipotensi/hipertensi (tekanan darah rendah/tinggi)
- d) Edema serebral (pembengkakan otak)
- e) Tekanan intrakranial meningkat (tekanan meningkat di dalam tengkorak), yang dapat menyebabkan herniasi (bagian otak tergesur)

- f) Hiperkapnia (kadar karbon dioksida yang berlebihan dalam darah)
- g) Meningitis (infeksi pada lapisan meningeal) dan abses otak

## **5. Patofisiologi (Prabowo et al., 2023)**

Cedera kepala dapat berupa cedera kepala tertutup maupun terbuka, tergantung pada apakah objek yang menimbulkan cedera kepala merusak tengkorak dan menembus otak. Secara umum cedera kepala dapat diklasifikasikan sebagai cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder.

Cedera kepala primer merupakan kerusakan yang terjadi pada kepala secara langsung saat kejadian. Luka tembus pada otak akan menimbulkan cedera kepala sekunder. Sebagian besar cedera kepala sekunder terjadi karena benturan langsung kepala dengan benda diluar atau akibat pergerakan otak di dalam tulang tengkorak. Pada cedera deselerasi biasanya menghantam kepala menghantam langsung benda seperti kaca mobil atau dashboard. Pada saat yang sama otak akan terus bergerak sehingga menimbulkan dampak pada area berbenturan (coup) kemudian Kembali ke arah berlawanan (countracoup). Bagian dasar dari tulang tengkorak adalah sangat tidak rata. Pada saat terjadinya cedera jika otak mengalami gesekan pada area ini maka akan terjadi kerusakan yang sangat signifikan dan mengenai pembuluh darah.

Cedera kepala sekunder terjadi karena jaringan otak mengalami hypoxia atau penurunan perfusi jaringan otak. Penanganan di pra rumah sakit akan sangat bermanfaat dalam mencegah terjadinya cedera kepala sekunder. Pada cedera kepala primer adanya pembengkakan pada otak akan menimbulkan penurunan perfusi jaringan otak. Kondisi cedera lain yang menimbulkan adanya hipoksia dan hipotensi akan berdampak pada kerusakan jaringan otak. Adanya memar pada area tertentu di otak akan menimbulkan peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan akumulasi darah yang dapat mengisi area di otak sehingga menimbulkan tekanan pada

jaringan sekitar. Karena kepala tidak memiliki area tambahan untuk menampung adanya kelebihan volume maka akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial yang berdampak kepada penurunan aliran darah ke jaringan otak. Selanjutnya akan terjadi pembengkakan otak secara perlahan.

Otak dapat menyesuaikan aliran darah berdasarkan kebutuhan metabolik. Autoregulasi aliran darah dapat dikendalikan tergantung dari kadar karbondioksida (CO<sub>2</sub>). Nilai normal CO<sub>2</sub> didalam darah adalah 35-45 mmHg. Peningkatan kadar CO<sub>2</sub> didalam darah akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi pembuluh darah yang berdampak kepada peningkatan tekanan Intrakranial. Penurunan kadar CO<sub>2</sub> dapat menimbulkan terjadinya vasodilatasi pembuluh darah. Sel otak sangat tidak mampu mentoleransi kondisi hipoksia. Terjadinya kondisi hiperventilasi maupun hipoventilasi akan berdampak pada terjadinya iskemia pada otak.

Tekanan didalam tulang tengkorak yang ditentukan oleh volume otak dan isinya disebut sebagai tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial sebesar 15 mmHg merupakan kondisi yang berbahaya, peningkatan tekanan intrakranial lebih dari 25 mm Hg dapat menimbulkan herniasi serebri. Tekanan aliran darah yang berada di dalam otak disebut sebagai tekanan perfusi serebral (CPP). Nilai CPP didapat dari mengurangi besarnya tekanan intrakranial dengan tekanan arteri rata rata (MAP). Jika terjadi pembengkakan pada otak maka akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial yang berdampak kepada iskemia serebral (hypoxia). Jika terjadi pembengkakan otak secara terus menerus dan tekanan intrakranial sama dengan tekanan arteri rata rata maka aliran darah otak akan terhenti. Tubuh mempunyai reflek proteksi untuk mempertahankan perfusi serebral yang adekuat yang disebut Cushing's Reflex. Ketika terjadi peningkatan tekanan intrakranial maka tekanan darah sistemik akan meningkat untuk membantu menjaga aliran darah ke otak. Tubuh akan mendeteksi adanya peningkatan tekanan darah ini kemudian tubuh akan bereaksi dengan penurunan frekuensi nadi karena tubuh berusaha menurunkan tekanan darah.

Untuk mempertahankan aliran darah yang adekuat maka CPP harus dipertahankan pada kisaran 60 mmHg dengan mempertahankan tekanan darah 110-120 mmHg. Upaya aggressive untuk mempertahankan CPP diatas 70 mmHg dengan cairan dan obat-obatan harus dihindari untuk mencegah terjadinya gagal nafas akut.

## 6. Gejala Klinis Cedera Kepala

Tanda-tanda gejala klinis untuk yang trauma kepala ringan:

- a. Pasien tertidur atau kesadaran yang menurun untuk beberapa saat kemudia sembuh
- b. Sakit kepala yang menetap atau berkepanjangan
- c. Mual atau muntah
- d. Gangguan tidur dan nafsu makan yang menurun
- e. Perubahan kepribadian diri
- f. Letargik

Tanda-tanda atau gejala untuk yang trauma kepala berat

- a. Gejala atau tanda-tanda kardinal yang menunjukkan peningkatan di otak menurun atau meningkat
- b. Perubahan ukuran pupil (anisokoria)
- c. *Triad Cushing* (denyut jantung menurun, hipertensi, depresi pernapasan)
- d. Apabila meningkatnya tekanan intracranial terdapat pergerakan atau posisi abnormal esktremitas

## 7. Komplikasi Cedera Kepala

- a. Faktor kardiovaskular (Nurwidiyanti, 2022)
  - 1) Cedera kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung mencakup aktivitas atipikal moikardial, peubahan tekanan vaskuler dan edema paru
  - 2) Tidak adanya stimulus endogen saraf simpatis mempengaruhi penurunan kontraktilitas ventrikel. Hal ini menyebabkan

penurunan curah jantung dan meningkatkan tekanan atrium kiri. Akibatnya tubuh berkompensasi dengan meningkatkan tekanan sisolik. Pengaruh dari adanya peningkatan tekanan atrium kiri adalah terjadinya edema paru.

b. Faktor respiratori

- 1) Adanya edema paru pada cedera kepala dan vasokonstriksi paru atau hipetensi paru menyebabkan hiperpnoe dan bronkokonstriksi
- 2) Konsentrasi oksigen dan karbon doiksida mempengaruhi aliran darah. Bila PO<sub>2</sub> rendah, aliran darah bertambah karena terjadi vasodilatasi. Penurunan PCO<sub>2</sub>, akan terjadi alkalosis yang menyebabkan vasokonstriksi (arteri kecil) dan penurunan CBF (Cerebral Blood Fluid) sehingga oksigen tidak sampai ke otak dengan baik.
- 3) Edema otak ini menyebabkan kematian otak (iskemik) dan tingginya tekanan intra cranial (TIK) yang dapat menyebabkan herniasi dan penekanan batang otak atau medulla oblongata.

c. Faktor metabolisme

- 1) Pada cedera kepala terjadi perubahan metabolisme seperti trauma tubuh lainnya yaitu kecenderungan retensi natrium dan air, dan hilangnya sejumlah nitrogen
- 2) Retensi natrium juga disebabkan karena adanya stimulus terhadap hipotalamus, yang menyebabkan pelepasan ACTH dan sekresi aldosteron.

d. Faktor gastrointestinal

Trauma juga mempegaruhi system gastrointestinal. Setelah cedera kepala (3 hari) terdapat respon tubuh dengan merangsang aktivitas hipotalamus dan stimulus vagal. Hal ini akan merangsang lambung menjadi hiperasiditas, dan mengakibatkan terjadinya stress alser.

e. Faktor psikologis

Selain dampak masalah yang mempengaruhi fisik pasien, cedera kepala pada pasien adalah suatu pengalaman yang menakutkan. Gejala sisa yang timbul pascatrauma akan mempengaruhi psikis pasien. Demikian pula pada trauma berat yang menyebabkan penurunan kesadaran dan penurunan fungsi neurologis akan mempengaruhi psikososial pasien dan keluarga.

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang diperlukan pada klien dengan cedera kepala, meliputi hal-hal di bawah ini (Muttaqin, 2020) :

- a. CT-scan : hematoma serebral, edema serebral, pendarahan intracranial, fraktur tulang tengkorak
  - 1) Nyeri kepala menetap atau muntah-muntah yang tidak menghilang setelah pemberian obat-obatan analgesia atau antimuntah.
  - 2) Adanya kejang kejang, jenis kejang fokal lebih bermakna terdapat pada lesi intrakranial dibandingkan dengan kejang general.
  - 3) Penurunan GCS lebih dari 1 dimana faktor-faktor ekstrakranial telah disingkirkan (karena penurunan GCS dapat terjadi misalnya karena syok, febris, dll).
  - 4) Adanya fraktur impresi dengan lateralisasi yang tidak sesuai.
  - 5) Luka tembus akibat benda tajam dan peluru.
  - 6) Perawatan selama 3 hari tidak ada perubahan yang membaik dari GCS (Sthavira, 2019).
- b. MRI
 

*Magnetic Resonance Imaging* (MRI) biasa digunakan untuk pasien yang memiliki abnormalitas status mental yang digambarkan oleh CT Scan. MRI telah terbukti lebih sensitif daripada CT-Scan, terutama dalam mengidentifikasi lesi difus non hemoragik cedera aksonal.
- c. Angiografi Serebral : menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- d. EEG Berkala : memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis.



Peran yang paling berguna EEG pada cedera kepala mungkin untuk membantu dalam diagnosis status epileptikus non konfulsif. Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis. Dalam sebuah studi landmark pemantauan EEG terus menerus pada pasien rawat inap dengan cedera otak traumatik. Kejang konfulsif dan non konfulsif tetap terlihat dalam 22%. Pada tahun 2019 sebuah studi melaporkan bahwa perlambatan yang parah pada pemantauan EEG terus menerus berhubungan dengan gelombang delta atau pola penekanan melonjak dikaitkan dengan hasil yang buruk pada bulan ketiga dan keenam pada pasien dengan cedera otak traumatik.

- e. Foto rontgen, mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur) perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang
- f. PET, mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak
- g. Pemeriksaan CFS, lumbal pungsi: dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subaraknoid
- h. Kadar elektrolit, untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan tekanan intrakranial
- i. Skrining toksikologi, untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran
- j. Analisis Gas Darah (AGD), 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

## **9. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pasien dengan cedera kepala meliputi sebagai berikut ;

- a. Non pembedahan
  - 1) Glukokortikoid (dexamethazone) untuk mengurangi edema
  - 2) Diuretic osmotic (manitol) diberikan melalui jarum dengan filter untuk mengeluarkan kristal-kristal mikroskopis
  - 3) Diuretic loop (misalnya furosemide) untuk mengatasi peningkatan tekanan intracranial

- 4) Obat paralitik (pancuronium) digunakan jika klien dengan ventilasi mekanik untuk mengontrol kegelisahan atau agitasi yang dapat meningkatkan resiko peningkatan tekanan intracranial

b. Pembedahan

Kraniotomi di indikasikan untuk:

- 1) Mengatasi subdural atau epidural hematoma
- 2) Mengatasi peningkatan tekanan cranial yang tidak terkontrol
- 3) Mengobati hidrosefalus

## **B. Pemberian Stimulasi Murottal Al-Qur'an**

### **1. Pengertian**

Terapi Murottal Al Qur'an menurut Yusuf, dkk (2017) yaitu suatu metode penyembuhan dengan mendengarkan Murottal. Terapi murottal Al Qur'an menurut Al Kaheel (2012) adalah mendengarkan bacaan dan merenungkan ayat-ayat yang didengarnya.

Kozier, Barbara 2011 mengatakan bahwa Al-Qur'an adalah penyembuh yang sempurna dari seluruh penyakit hati dan jasmani. Pengaruh Al Qur'an pada Surah Ar-Rahman terhadap tubuh adalah dapat memberikan relaksasi dan ketenangan jiwa. Hal ini juga tersirat dalam Al Qur'an (QS) Az-Zumar (39) ayat 23 yang berbunyi "Allah telah menurunkan perkataan yang paling baik (yaitu) Al Qur'an yang serupa (mutu ayat-ayatnya) lagi berulang-ulang, gemetar karenanya kulit orang-orang yang takut kepada Tuhannya, kemudian menjadi tenang kulit dan hati mereka diwaktu mengingat Allah, Itulah petunjuk Allah, pada kitab itu Allah memberikan petunjuk kepada siapapun yang dikehendaki-Nya.

Alkahel (2011) menyebutkan membaca dan mendengarkan al qur'an akan memberikan efek relaksasi, sehingga pembuluh darah nadi dan denyut jantung mengalami penurunan, terapi bacaan al qur'an ketika diperdengarkan pada orang dan klien akan membawa gelombang suara dan

mendorong otak untuk memproduksi zat kimia yang disebut neuropepti. Molekul ini akan mempengaruhi reseptor-reseptor didalam tubuh merasa nyaman.

Di dalam intervensi ini menggunakan salah satu surat *Makkiyah* dalam Al-Qur'an yaitu surah Ar-Rahman yang merupakan surat ke 55 dan berjumlah 78 ayat. Dalam surat ini menerangkan kepemurahan Allah SWT kepada hamba-hamba-Nya, yakni dengan memberikan nikmat yang tak terhingga baik di dunia maupun di akhirat. Ar-Rahman mempunyai karakter ayat yang pendek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi yang bagi pendengar yang masih awam sekalipun (Yesi, et al, 2015).

## **2. Indikasi**

Menurut Faradisi. 2009 dalam Mardiyono. 2011 mengemukakan bahwa terapi Murottal Al-Qur'an memiliki kelebihan jika didengarkan dengan tempo yang lambat dan disertai lantunan yang harmonis dapat menurunkan hormone-hormon stress dalam tubuh dan dapat meningkatkan hormone endofrin alami sehingga dapat meningkatkan perasaan rileks seseorang dan dapat mengalihkan perhatian dari rasa takut dan cemas serta perasaan tegang, murottal juga dapat memperbaiki sistim kimia dalam tubuh seseorang sehingga dapat mengakibatkan penurunan tekanan dalam darah serta dapat memperbaiki system pernafasan, detak jantung dan deyt nadi dan aktivitas gelombang pada otak. Hal inilah yang membuat seseorang tidur dengan nyenyak karna dapat memperbaiki irama sirkadian dalam tubuh seseorang.

Suara Al-Qur'an yang didengarkan dengan tempo lambat akan menyebabkan membrane timpani bergetar kemudian getaran tersebut akan diteruskan sampai organ korti yang diubah dari sistem konduksi ke sistem syaraf melalui nervus auditorius (N.VIII) sebagai impuls elektis. Impul elektris musik tersebut dilanjutkan melalui korteks auditorius yang jarak

pendengaran berlanjut ke sistem limbik melalui korteks limbik. Ganong, W. F. (2012). Jarak pendengaran pada kortek limbik dilanjutkan ke hipokampus yang berbatasan dengan amigdala dimana merupakan tempat tingkat bawah sadar, kemudian akan mengaktifkan dan mengendalikan saraf otonom. Guyton, A.C., & Hall, JE (2014).

Penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Al qadhi. Direktur utama Islamic medicine Institute For Education and Research di Florida Amerika Serikat, eksperimen tersebut mengukuhkan bahwa Al-Qur'an memiliki pengaruh yang menenangkan dalam 97% mengenai bentuk perubahan psikologis (Hidayah, 2013).

Penelitian Ahmad Al Qadhi, berhasil membuktikan hanya dengan mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an, seorang muslim baik mereka yang berbahsa Arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Penurunan depresi, kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa, menangkal berbagai macam penyakit merupakan pengaruh umum yang dirasakan orang-orang yang menjadi objek penelitiannya (hidayah, 2013).

Murottall Al-Qur'an adalah salah satu musik dengan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif. Intensitas suara yang rendah merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Terapi Murottall Al-Qur'an dapat menstimulasi gelombang alpha yang akan menyebabkan pendengarnya mendapat keadaan yang tenang, tentram dan damai (Andraini, 2015). Penelitian yang dilakukan Yusuf, berhasil membuktikan. bahwa ada pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap Glasgow Coma Scale pasien. (Yusuf, 2019).

Adapun pengaruh terapi pembacaan Al-Qur'an berupa adanya perubahan perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung, dan kadar darah pada kulit. Perubahan tersebut menunjukkan adanya

relaksasi atau penurunan ketegangan urat saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya pelonggaran pembuluh nadi dan penambahan kadar darah dalam kulit, diiring dengan penurunan frekuensi detak jantung (Hidayah, 2013).

### 3. Kontra Indikasi

Kontraindikasi *Murottal* menurut (Ika Sulistyawati, 2020) terapi *Murottal* ini tidak dapat digunakan bagi klien yang mengalami gangguan pendengaran.

### 4. Tujuan

Adapun tujuan stimulasi *Murottal* al-qur'an yaitu:

- a. Meningkatkan kesadaran pasien yang ditunjukkan dengan nilai GCS yang meningkat
- b. Memperbaiki kondisi pasien yang ditandai dengan tanda-tanda vital yang membaik
- c. Mengurangi kecemasan keluarga pasien

### 5. Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi

Tabel 2.2 SOP Terapi Murottal Al-Qur'an

No	Prosedur Tindakan
1.	<p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberi salam trapeutik kepada keluarga pasien Rasional : salam terapeurik merupakan salah satu cara untuk membina trust perawat dan pasien / keluarga pasien</li> <li>b. Memperkenalkan diri Rasional : memperkenalkan diri dapat menumbuhkan hubungan saling percaya kepada perawat dan keluarga pasien</li> <li>c. Menjelaskan tujuan Rasional : dengan memberi penjelasan kepada klien / keluarga klien terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, maka keluarga klien diharapkan mempunyai gambaran mengenai tindakan yang akan dilakukan dan memberi pilihan klien dan keluarga untuk tetap melanjutkan tindakan atau tidak</li> <li>d. Kontak waktu Rasional : menjelaskan waktu dilakukannya tindakan dan durasi serta berapa kali dilakukannya tindakan kepada</li> </ol>

	<p>keluarga klien agar klien atau keluarga memahami tindakan yang akan dilakukan berikutnya</p> <p>e. Menyiapkan alat Rasional : memudahkan perawat melakukan tindakan</p>
2.	<p>Fase Kerja</p> <p>a. Mencuci tangan Rasional : menghindari penyebaran mikroorganisme</p> <p>b. Membaca Basmalah Rasional : menerapkan nilai islami</p> <p>c. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pasien Rasional : mengetahui keadaan umum pasien sebelum dilakukan tindakan</p> <p>d. Memberikan terapi <i>Murottall</i> selama 15-20 menit dengan menggunakan handphone Rasional : untuk meningkatkan keadaan umum serta meningkatkan kesadaran pasien</p> <p>e. Mengatur volume <i>Murottal</i> dengan frekuensi 40 Hz (volume sedang) Rasional : agar klien dan keluarga merasa nyaman</p> <p>f. Melakukan pemeriksaan ulang tanda-tanda vital dan kesadaran pasien setelah diberikan terapi <i>Murottal</i></p> <p>g. Memasukkan hasil pemeriksaan ke lembar pemantauan tanda-tanda vital pasien</p>
3.	<p>Fase terminasi</p> <p>a. Kontrak stimulasi selanjutnya kepada keluarga klien Rasional : agar keluarga mengetahui tindakan selanjutnya</p> <p>b. Mengucapkan salam Rasional : membina hubungan saling percaya</p>
	<p>Kriteria Evaluasi</p> <p>Diharapkan setelah dilakukan tindakan stimulasi <i>Murottall</i> Al-Qur'an:</p> <p>a. Terjadi peningkatan kesadaran pasien</p> <p>b. Tanda-tanda vital membaik</p> <p>c. Tingkat kecemasan keluarga pasien menurun</p>
	<p>Referensi :</p> <p>1. Samsul, hariyanto. 2009. Energi Dzikir. Sinar Grafika Offset: Jakarta</p> <p>2. Oop Ropei, Muhammad Lutfhi. 2017. "Pengaruh Terapi Psikoreligi <i>Murottall</i> Al-Qur'an Terhadap Teakan Darah pada Klien dengan Hipertensi" dalam Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah Volume 4. No. 1. Juni 2017</p>

### C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala

Proses keperawatan adalah penerapan pemecahan masalah keperawatan secara ilmiah yang digunakan untuk mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan secara sistematis dan melaksanakannya serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan (Nasrul Effendy dalam Andra, dkk, 2013).

Menurut Rendi dan Margareth. (2012), asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala meliputi:

#### 1. Pengkajian

##### a. Identitas pasien

Berisi biodata pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, tempat tunggal lahir, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, TB/BB, alamat.

##### b. Identitas penanggung jawab

Berisikan biodata penanggung jawab pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, hubungan dengan klien, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat.

##### c. Keluhan utama

Keluhan yang sering menjadi alasan klien untuk memnita pertolongan kesehatan tergantung dari seberapa jauh dampak trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran ( Muttaqin. A 2008). Biasanya klien akan mengalami penunna kesadaran dan adanya benturan serta perdarahan pada bagian kepala klien yang disebabkan oleh kecelakaan. ataupun tindaka kejahatan.

##### d. Riwayat kesehatan

###### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Berisikan data adanya penurunan kesadaran (GCS <15), letargi, mual dan muntah, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, paralysis, perdarahan, fraktur, hilang keseimbangan, sulit menggenggam, amnesia seputar kejadian, tidak bias beristirahat,

kesulitan mendengar, mengecap dan mencium bau, sulit mencerna menelan makanan.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Berisikan data pasien pernah mengalami penyakit system persyaratan, riwayat trauma masa lalu, riwayat penyakit darah, riwayat penyakit sistemik/pernafasan kardiovaskuler, riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikoagulan aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan konsumsi alkohol (Mamaqin, A. 2008).

3) Riwayat kesehatan keluarga

Berisikan data ada tidaknya riwayat penyakit menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan lain sebagainya.

e. Pemeriksaan fisik

1) Tingkat kesadaran

a) kuantitatif dengan GCS (Glasgow Coma Scale)

<i>Eye Opening</i>	<i>Score</i>
Mata terbuka spontan	4
Mata membuka terhadap bicara	3
Mata membuka sedikit setelah dirangsang nyeri	2
Tidak membuka mata	1
<i>Motor Response</i>	
Menurut perintah	6
Dapat melokalisir nyeri	5
Reaksi menghindari	4
Gerakan fleksi abnormal	3
Gerakan ekstensi abnormal	2
Tidak ada gerakan	1
<i>Verbal Respons</i>	
Berorientasi	5
Bicara kacau/disorientasi	4
Mengeluarkan kata-kata yang tidak tepat/ tidak membentuk kalimat	3
Mengeluarkan suara tidak ada artinya	2
Tidak ada jawaban	1

b) Kualitatif

- Compos Mentis (conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya, nilai GCS: 15-14.



- Apatitis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh, nilai GCS: 13 - 12.
- Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal, nilai GCS: 11-10.
- Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal, nilai GCS: 9-7.
- Stupor (soporo koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri, nilai GCS: 6-4.
- Coma (comatose), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya), nilai GCS: <3 (Satyanegara. 2010).

## 2) Fungsi motorik

Setiap ekstermitas diperiksa dan dinilai dengan skala berikut ini yang digunakan secara internasional:

<b>Respon</b>	<b>Skala</b>
Kekuatan normal	5
Kelemahan sedang, bisa terangkat, bisa melawan gravitasi, namun tidak mampu melawan tahanan pemeriksa, gerakan tidak terkondisi	4
Kelemahan berat, terangkat sedikit < 45 <sup>0</sup> · tidak mampu melawan gravitasi	3
Kelemahan berat, dapat digerakkan, mampu terangkat sedikit	2
Gerakan trace/ tidak dapat digerakkan, tonus otot ada	1
Tidak ada gerakan	0

Biasanya klien yang mengalami cedera kepala kekuatan ototnya berkisar antar 0 sampai 4 tergantung tingkat keparahan cedera kepala yang dialami klien.

### 3) Pemeriksaan reflek fisiologis

#### a) Reflek bisep

Caranya: pemeriksaan dilakukan dengan posisi pasien duduk, dengan membiarkan lengan untuk beristirahat di pangkuan pasien, atau membentuk sudut sedikit lebih dari  $90^\circ$  di siku, minta pasien memflexikan di siku sementara pemeriksa mengamati dan meraba fossa antecubital, tendon akan terlihat dan terasa seperti tali tebal, ketukan pada jari pemeriksa yang ditempatkan pada tendon m biceps brachii, posisi lengan setengah diketuk pada sendi siku, normalnya terjadi fleksi lengan pada sendi sikut

#### b) Reflek trisep

Caranya: pemeriksaan dilakukan dengan posisi pasien duduk, secara perlahan tarik lengan keluar dari tubuh pasien, sehingga membentuk sudut kanan di bahu atau lengan bawah harus menjuntai ke bawah langsung di siku, ketukan pada tendon otot triceps, posisi lengan fleksi pada sendi siku dan sedikit pronasi, normalnya terjadi ekstensi lengan bawah pada sendi siku

#### c) Reflek patella

Caranya: pemeriksaan dilakukan dengan posisi duduk atau berbaring terlentang, ketukan pada tendon patella, respon: plantar fleksi kaki karena kontraksi m.quadrisept femoris.

#### d) Reflek achilles

Caranya: pemeriksaan dilakukan dengan posisi pasien duduk, kaki menggantung di tepi meja ujian atau dengan berbaring terlentang dengan posisi kaki melintasi diatas kaki di atas yang lain atau mengatur kaki dalam posisi tipe katak, identifikasi tendon mintalah pasien untuk plantar flexi, ketukan hammer pada tendon achilles. Respon: plantar fleksi kaki krena kontraksi m.gastroenemius (Muttaqin, A. 2010).

#### 4) Reflek Patologis

Bila dijumpai adanya kelumpuhan ekstremitas pada kasus-kasus tertentu.

##### a) Reflek babynski

Pesien diposisikan berbaring supinasi dengan kedua kaki diluruskan, tangan kiri pemeriksa memegang pergelangan kaki pasien agar kaki tetap pada tempatnya, lakukan penggoresan telapak kaki bagian lateral dari posterior ke anterior, respon: positif apabila terdapat gerakan dorsofleksi ibu jari kaki dan pengembangan jari kaki lainnya.

##### b) Reflek chaddock

Penggoresan kulit dorsum pedis bagian lateral sekitar maleolus lateralis dari posterior ke anterior, amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

##### c) Reflek oppenheim

Pengurutan dengan cepat krista anterior tibia dari proksimal ke distal, amati ada tidaknya gerakan dorso fleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

##### d) Reflek Gordon

Menekan pada musculus gastrocnemius (otot betis), amati ada tidaknya gerakan dorsofleksi ibu jari kaki, disertai mekarnya (fanning) jari-jari kaki lainnya.

##### e) Reflek hofmen tromen

Melakukan petikan pada kuku jari, perhatikan jari yang lain. Normalnya jari-jari lain tidak bergerak (Muttaqin, A. 2010).

#### f. Aspek neurologis

- 1) Kaji GCS (cedera kepala ringan 14-15, cedera kepala sedang 9-13 cedera kepala berat 3-8).
- 2) Disorientasi tempat/waktu
- 3) Reflek patologis dan fisiologis
- 4) Perubahan status mental

- 5) Nervus Cranial XII (sensasi, pola bicara abnormal)
  - 6) Perubahan pupil/penglihatan kabur, diplopia, fotophobia, kehilangan sebagian lapang pandang
  - 7) Perubahan tanda-tanda vital
  - 8) Gangguan pengecap dan penciuman, serta pendengaran
  - 9) Tanda-tanda peningkatan TIK
    - a) Penurunan kesadaran
    - b) Gelisah letargi
    - c) Sakit kepala
    - d) Muntah proyektil
    - e) Pupil edema
    - f) Pelambatan nadi
    - g) Pelebaran tekanan nadi
    - h) Peningkatan tekanan darah systole
- g. Aspek kardiovaskuler
- 1) Perubahan tekanan darah (menurun/meningkat)
  - 2) Denyut nadi (bradikardi, tachikardi, irama tidak teratur)
  - 3) TD naik, TIK naik
- h. System pernafasan
- 1) Perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), nafas berbunyi stridor, tersedak
  - 2) Irama, frekuensi, kedalaman, bunyi nafas
  - 3) Ronki, mengi positif
- i. Kebutuhan dasar
- 1) Eliminasi : perubahan pada BAB/BAK (inkontinensia, obstipasi, hematuri)
  - 2) Nutrisi : mual, muntah, gangguan pencernaan/menelan makanan kaji bising usus
  - 3) Istirahat : kelemahan, mobilisasi, kelelahan, tidur kurang
- j. Pengkajian psikologis
- 1) Gangguan emosi/apatis, delirium
  - 2) Perubahan tingkah laku atau kepribadian

k. Pengkajian sosial

- 1) Hubungan dengan orang terdekat
- 2) Kemampuan komunikasi, afasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti, disartria, anomia

l. Nyeri/kenyamanan

- 1) Sakit kepala dengan intensitas dan lokasi berbeda.
- 2) Gelisah

m. Nervus cranial

- 1) N.I : penurunan daya penciuman
- 2) N.II : pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan
- 3) N.III, IV, VI : penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor
- 4) N.V : gangguan mengunyah
- 5) N.II, XII : lemahnya penutupan kelopak mata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah
- 6) N.VIII : penurunan pendengaran dan keseimbangan tubuh
- 7) N.IX. X. XI : jarang ditemukan

**f. Pemeriksaan penunjang**

- 1) Pemeriksaan diagnostic
  - a) X-ray/CT scan
    - (1) Hematom serebral
    - (2) Edema serebral
    - (3) Perdarahan intracranial
    - (4) Fraktur tulang tengkorak
  - b) MRI: Dengan/tanpa mempengaruhi kontras.
  - c) Angiografi serebral: menunjukkan kelainan sirkulasi serebral

- d) EEG memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis.
  - e) BAER (Brain Auditory Evoked Respon): menentukan fungsi korteks dan batang otak.
  - f) PET (Positron Emission Tomography): menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak.
- g. Pemeriksaan laboratorium
- 1) AGD, PO<sub>2</sub>, PH, HCO<sub>3</sub> untuk mengkaji keadekuatan ventilasi (mempertahankan AGD dalam rentang normal untuk menjamin aliran darah serebral adekuat) atau untuk melihat masalah oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK.
  - 2) Elektrolit serum cedera kepala dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium, retensi Na dapat berakhir beberapa hari, diikuti dengan diuresis Na, peningkatan letargi, konfusi dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.
  - 3) Hematologi: leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum.
  - 4) CSS: menentukan kemungkinan adanya perdarahan subarachnoid (warna, komposisi, tekana).
  - 5) Pemeriksaan toksikologi: mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran.
  - 6) Kadar Antikonvulsan darah: untuk mengetahui tingkat terapi yang cukup efektif mengatasi kejang.
2. Diagnosa Keperawatan
- Menurut PPNI (2018) diagnose keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat dari respon pasien.
- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (mis. Akibat cedera kepala : hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral)

## 1) Definisi

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) penurunan kapasitas adaptif intrakranial merupakan gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

## 2) Penyebab

- a) Lesi menempati ruangan (mis. *Space-occupying lesion*-akibat tumor, abses).
- b) Gangguan metabolisme (mis. Hiponatremia, ensefalopati uremikum, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetik, septikemia).
- c) Edema Serebral (mis. akibat cedera kepala : [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], strok iskemik, stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pascaoperasi).
- d) Peningkatan tekanan vena (mis. Akibat trombosis sinus vena serebral, gagal jantung, trombosis/obstruksi vena jugularis, atau vena kava superior).
- e) Obstruksi aliran cairan serebrospinal (mis. Hidrosefalus), hipertensi intrakranial idiopatik.

## 3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : sakit kepala

Objektif : tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (*pulse pressure*) melebar, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun, respon pupil melambat atau tidak sama, refleks neurologis terganggu.

## 4) Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : gelisah, agitasi, muntah (tanpa di sertai mual), tampak lesu/lemah, fungsi kognitif terganggu, tekanan intrakranial  $\geq 20\text{mmHg}$ , papiledema, postur desebrasi (ektensi).

## 5) Kondisi klinis terkait

Cedera kepala, iskemik serebral, tumor serebral, hidrocefalus, hematoma kranial, pembentukan arteriovenous, edema vasogenik atau sitotoksik, hipertermia, obstruksi aliran vena.

## b. Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)

## 1) Definisi

Inspirasi dan/ atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

## 2) Penyebab

Depresi pusat pernapasan, Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot), Deformitas dinding dada, Deformitas tulang dada, Gangguan neuromuskular, Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang), Imaturitas neurologis, Penurunan energi, Obesitas, Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, Sindrom hipoventilasi, Kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), Cedera pada medula spinalis, Efek agen farmakologis, Kecemasan

## 3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : dispnea

Objektif : penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cyne stokes)

## 4) Gejala dan tanda minor

Subjektif : osrtopnea

Objektif : Pernapasan pesed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks antero-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah.



## 5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Depresi SPP
- b) Cedera kepala
- c) Trauma toraks
- d) Gullian barre syndrome
- e) Multiple sclerosis
- f) Myastenia gravis
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Intoksikasi alkohol

## c. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan

## 1) Definisi

Ketidakmampuan membersihkan ekskresi atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

## 2) Penyebab

**Fisiologis**

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskular
- d) Adanya jalan napas buatan
- e) Sekresi tertahan
- f) Hiperplasia dinding jalan napas
- g) Proses infeksi
- h) Efek agen farmakologis (mis. Anastesi)

**Situasional**

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

## 3) Gejala dan Tanda Mayor

Objektif :

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
- e) Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

## 4) Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Dispnea, Sulit bicara, Ortopnea

Objektif : Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah

## 5) Kondisi Klinis Terkait

- a) Guillain barre syndrom
- b) Sklerosis multipel
- c) Myasthenia gravis
- d) Prosedur diagnostik
- e) Depresi sitem saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Sindrom aspirasi mekonium
- j) Infeksi saluran napas

## d. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pecendera Fisik (mis. Trauma)

## 1) 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.

## 2) Penyebab

- a) Agen pencendera fisiologis (misal inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencendera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen , amputasi, terbakar, terpotong. mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

## 3) Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor subjektif yaitu (tidak tersedia).

## 4) Gejala dan tanda mayor

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu , menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

## 5) Kondisi klinis yang dapat terkait

- a) kondisi pembedahan
- b) cedera traumatis
- c) infeksi
- d) sindrom koroner akut
- e) glaukoma

e. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular

## 1) Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

## 2) Penyebab

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme

- c) Ketidak bugaran fisik
  - d) Penurunan kendali otot
  - e) Penurunan massa otot
  - f) Penurunan kekuatan otot
  - g) Keterlambatan perkembangan
  - h) Kekakuan sendi
  - i) Kontraktur
  - j) Malnutrisi
  - k) Gangguan muskuloskeletal
  - l) Gangguan neuromuskular
  - m) Indeks massa tubuh diatas persentil ke -75 sesuai usia efek agen farmakologis
  - n) Program pembatasan gerak
  - o) Nyeri
  - p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
  - q) Kecemasan
  - r) Gangguan kognitif
  - s) Keengganan melakukan pergerakan
  - t) Gangguan sensori persepsi
- 3) Gejala dan tanda Mayor
- Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Objektif : kekuatan menurun, rentang gerak menurun
- 4) Gejala dan tanda minor
- Subjektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
- Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah
- 5) Kondisi Klinis Terkait
- a) Stroke
  - b) Cedera medula spinalis
  - c) Trauma
  - d) Fraktur

## e) Keganasan

## 2. Intervensi Keperawatan

Tabel 2 3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral</p> <p><b>Pengertian :</b> gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lesi menempati ruangan</li> <li>2. Gangguan metabolisme</li> <li>3. Edema Serebral</li> <li>4. Peningkatan tekanan vena</li> <li>5. Obstruksi aliran cairan serebrospinal</li> </ol> <p><b>Tanda &amp; Gejala Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (<i>pulse pressure</i>) melebar</li> <li>2. bradikardia</li> <li>3. pola napas ireguler</li> <li>4. tingkat kesadaran menurun</li> <li>5. respon pupil melambat atau tidak sama</li> <li>6. refleks neurologis terganggu</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan <b>kapasitas adaptif intrakranial</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Fungsi kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Agitasi menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> <li>7. Papiledema menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Respon pupil membaik</li> <li>12. Refleks neurologis membaik</li> <li>13. Tekanan intrakranial membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan tekanan Intrakranial (I.09325)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu</li> <li>5. Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>6. Monitor PAP, jika perlu</li> <li>7. Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia</li> <li>8. Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)</li> <li>9. Monitor gelombang ICP</li> <li>10. Monitor status pernapasan</li> <li>11. Monitor intake dan output cairan</li> <li>12. Monitor cairan serebro-spinalis</li> </ol>

	<p><b>Tanda &amp; Gejala Minor:</b>  <b>Subjektif :</b> (tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah</li> <li>2. Agitasi</li> <li>3. muntah (tanpa di sertai mual)</li> <li>4. tampak lesu/lemah</li> <li>5. fungsi kognitif terganggu</li> <li>6. tekanan intrakranial <math>\geq 20\text{mmHg}</math>, papiledema, postur desebrasi (ektensi).</li> </ol>		<p>(mis. warna, konsistensi)</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Memberikan teknik non farmakologis (Terapi Murrotal Al-Qur'an)</li> <li>3. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>4. Hindari manuver Valsava</li> <li>5. Cegah terjadinya kejang</li> <li>6. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>7. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>8. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>9. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>10. Memberikan edukasi kepada keluarga</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
2	<p><b>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (Mis. Cedera kepala)</b></p> <p><b>Pengertian :</b>  Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan <b>pola napas</b> membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilasi semenit meningkat</li> <li>2. Kapasitas vital meningkat</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi,</li> </ol>

<p>atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depresi pusat pernapasan</li> <li>2. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas)</li> <li>3. kelemahan otot)</li> <li>4. Deformitas dinding dada</li> <li>5. Deformitas tulang dada</li> <li>6. Gangguan neuromuskular</li> <li>7. Gangguan neurologis (mis. EEG positif, cedera kepala, gangguan kejang)</li> <li>8. Imaturitas neurologis</li> <li>9. Penurunan energi, Obesitas</li> <li>10. Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</li> <li>11. Sindrom hipoventilasi</li> <li>12. Kerusakan inervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)</li> <li>13. Cedera pada medula spinalis</li> <li>14. Efek agen farmakologis, Kecemasan</li> </ol> <p><b>Tanda &amp; Gejala Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipsnea</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. penggunaan otot bantu pernapasan</li> <li>2. fase ekspirasi memanjang</li> <li>3. pola napas abnormal (mis. Takipnea, hiperventilasi,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</li> <li>4. Tekanan ekspirasi meningkat</li> <li>5. Tekanan inspirasi meningkat</li> <li>6. Dispnea menurun</li> <li>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>8. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>9. Otopnea menurun</li> <li>10. Pernapasan pursed-lip menurun</li> <li>11. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>12. Frekuensi napas membaik</li> <li>13. Kedalaman napas membaik</li> <li>14. Ekskursi dada membaik</li> </ol>	<p>kussmaul, Cheyne-Stokes, biot, ataksik)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum napas</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>6. Auskultasi bunyi napas</li> <li>7. Monitor saturasi oksigen</li> <li>8. Monitor nilai AGD</li> <li>9. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>
---	---	--

	<p>kussmaul, cyne stokes)</p> <p><b>Tanda &amp; Gejala Mayor:</b> <b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ortopnea</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernapasan pesed-lip,</li> <li>2. pernapasan cuping hidung</li> <li>3. diameter thoraks antero-posterior meningkat</li> <li>4. ventilasi semenit menurun</li> <li>5. kapasitas vital menurun</li> <li>6. tekanan ekspirasi menurun</li> <li>7. tekanan inspirasi menurun</li> <li>8. ekskursi dada berubah</li> </ol>		
3	<p><b>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan</b></p> <p><b>Pengertian :</b> Ketidakmampuan membersihkan ekskresi atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten</p> <p><b>Penyebab : Fisiologis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spasme jalan napas</li> <li>2. Hipersekresi jalan napas</li> <li>3. Disfungsi neuromuskular</li> <li>4. Adanya jalan napas buatan</li> <li>5. Sekresi tertahan</li> <li>6. Hiperplasia dinding jalan napas</li> <li>7. Proses infeksi</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan <b>bersihan jalan napas</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Mengi menurun</li> <li>4. Wheezing menurun</li> <li>5. Mekonium pada neonatus menurun</li> <li>6. Dipsnea menurun</li> <li>7. Ortopnea menurun</li> <li>8. Sulit bicara menurun</li> <li>9. Sianosis menurun</li> <li>10. Gelisah menurun</li> <li>11. Frekuensi napas membaik</li> <li>12. Pola napas membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Jalan Napas (I.10101)</b> <b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahanan kepatenan jalan napas dengan head-tift dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)</li> </ol>



	<p>8. Efek farmakologis agen (mis. Anastesi)</p> <p><b>Situasional :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merokok aktif</li> <li>2. Merokok pasif</li> <li>3. Terpajan polutan</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor</b></p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk tidak efektif</li> <li>2. Tidak mampu batuk</li> <li>3. Sputum berlebih</li> <li>4. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering</li> <li>5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Sulit bicara</li> <li>3. Ortopnea</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah, sianosis</li> <li>2. bunyi napas menurun</li> <li>3. frekuensi napas berubah</li> <li>4. pola napas berubah</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler</li> <li>3. Berikan minuman hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan proses McGill</li> <li>8. Berikan Oksigen, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak komtraindikasi</li> <li>2. Ajarkan teknik batuk efektif</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, Jika perlu</li> </ol>
4	<p><b>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pecendera Fisik (mis. Trauma)</b></p> <p><b>Pengertian :</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan <b>tingkat nyeri</b> menurun dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun,</li> <li>2. meringis menurun,</li> <li>3. sikap protektif menurun,</li> <li>4. gelisah menurun,</li> <li>5. kesulitan tidur menurun,</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri ( I.08238).</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri,</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal,</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat</li> </ol>

	<p>hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi</li> <li>3. Agen pencedera fisik</li> </ol> <p><b>Tanda &amp; Gejala Mayor: Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh Nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Tanda &amp; Gejala Minor : Subjektif :</b> (Tidak tersedia)</p> <p><b>Objektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola nafas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berfikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. perasaan takut mengalami cedera berulang menurun,</li> <li>7. anoreksia menurun,</li> <li>8. muntah menurun,</li> <li>9. mual menurun,</li> <li>10. frekuensi nadi membaik,</li> <li>11. pola napas membaik,</li> <li>12. tekanan darah membaik,</li> <li>13. Nafsu makan membaik</li> <li>14. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p>dan memperingan nyeri,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri,</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor efek samping penggunaan analgesik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri,</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri,</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur,</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri,</li> <li>3. Ajarkan teknik non farmkologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian anagesik, jika perlu</li> </ol>
5	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p> <p><b>Pengetian :</b> Keterbatasan dalam gerakan fisik dari 1 atau</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan <b>mobilitas fisik</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ol>

<p>lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang</li> <li>2. Perubahan metabolisme</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik</li> <li>4. Penurunan kendali otot</li> <li>5. Penurunan massa otot</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan</li> <li>8. Kekakuan sendi</li> <li>9. Kontraktur</li> <li>10. Malnutrisi</li> <li>11. Gangguan muskuloskeletal</li> <li>12. Gangguan neuromuskular</li> <li>13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia</li> <li>14. Efek agen farmakologis</li> <li>15. Program pembatasan gerak</li> <li>16. Nyeri</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik</li> <li>18. Kecemasan</li> <li>19. Gangguan kognitif</li> <li>20. Keengganan melakukan pergerakan</li> <li>21. Gangguan sensori persepsi</li> </ol> <p><b>Tanda &amp; Gejala Mayor :</b></p> <p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
--	---	--

	<p>2. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p><b>Tanda &amp; Gejala Minor :</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi kaku</li> <li>2. Gerakan terkoordinasi</li> <li>3. Gerakan terbatas</li> <li>4. Fisik lemah</li> </ol>		
--	--	--	--

### 3. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Y, 2017).

### 4. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Y, 2017)).

## **D. Evidence Based Nursing (EBN) : Aplikasi terapi Murottal Al-Qur'an**

### **1. Pengantar**

*Evidence Based Nursing* (EBN) adalah penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara teliti, jelas, dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada individu atau sekelompok klien dan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan pilihan dari klien tersebut (Talo, 2015).

Pelaksanaan EBN dengan pendekatan sistematis untuk meningkatkan kualitas praktis keperawatan dengan mengumpulkan bukti terbaik dalam pengambilan keputusan praktik yang telah menjadi tuntutan di rumah sakit (Mituhu, A.P., Dwiantoro, L., & Kristina, 2021). Perawat saat ini adalah bagaimana menggunakan metode penelitian yang dapat menerangkan secara jelas mengenai sifat penting, makna, dan komponen keperawatan sehingga perawat dapat menggunakan pengetahuan ini dengan cara bermakna.

Penerapan EBN terapi Murottal Al-Qur'an pada pasien cedera kepala yang dilakukan pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Terapi Murottal Al-Qur'an atau *auditory stimulation* dapat meningkatkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) atau status kesadaran pada cedera kepala. Tujuan dari aplikasi ini untuk meningkatkan kesadaran pasien.

### **2. Kritisi Jurnal**

#### **a. Identifikasi masalah**

Berdasarkan fenomena yang didapat pada klien dengan cedera kepala maka pernyataan klinis yang muncul adalah “apakah penerapan terapi Murottall Al-Qura'an dapat meningkatkan kesadaran pasien?”. Untuk mengidentifikasi masalah suatu evidence based, maka diidentifikasi melalui analisa PICO (*Population, Intervention, Comparative, dan Outcome*)

b. Temukan Jurnal yang Sesuai

Berdasarkan identifikasi masalah di atas didapatkan kata kunci Terapi Murottall Al-Qur'an, *Glasgow Coma Scale*, Kesadaran. Dari hasil kata kunci yang didapat, dilakukan pencarian jurnal didapatkan jurnal "Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di ruang ICU"

## c. Telaah jurnal

Tabel 2 4 Analisis Jurnal

Metode Analisis Jurnal (PICO)	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3
Judul	Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU	Manajemen Terapi Nonfarmakologi Terhadap Peningkatan Kesadaran (Glasgow Coma Scale) Pada Pasien Cedera Kepala Sedang	Pengaruh Terapi Qur'an Healing dengan Glasgow Coma Scale dan Vital Sign pada pasien Penurunan Kesadaran di RSUD dr. Zainoel Abidin
Penerbit	Zuhriana K. Yusuf, Asriyanto Rahman	Rudi Haryono, Dhea Rizki Febriyani	Fithriany, Sabrizal Ishak, Rima Novita Sari, Nasaie, Firly Ratsmita, nazriati
P (patient, population, problem) è Gambaran pasien atau karakteristik penting dari pasien	<b>Populasi</b> : Populasi penelitian ini adalah klien dengan penurunan kesadaran di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. Hi. Aloe Saboe Kota Gorontalo yang berjumlah 14 orang (Medical Record,2018) dan penarikan sampel sebanyak 10 responden secara Accidental Sampling. <b>Problem</b> : Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di ruang ICU	Metodologi yang digunakan adalah literatur review dengan penulisan 3 jurnal.	Setiap bulan ruang HCU Medical merawat pasien dengan penurunan kesadaran sebanyak 60 orang pasien. Penelitian dilakukan selama 2 bulan. Sampel pada penelitian ini sebanyak 24 responden yang dibagi dalam 2 kelompok perlakuan.
I (intervention, prognostic factor, exposure) è intervensi apa	Asumsi peneliti, dengan pemberian Stimulasi Al-Qur'an ini tidak hanya sebagai bentuk dukungan psikologi dan bernilai spiritual, namun juga berperan	saat search digoogle scholar didapatkan beberapa judul jurnal dan penulis mengambil 3 judul jurnal untuk menyusun studi literatur karya tulis	Sebelum dilakukan <i>intervensi qur'anic healing</i> dokter dan perawat yang bertugas di ruang HCU melakukan pemeriksaan kondisi

<p>yang di pertimbangkan untuk diberikan kepada pasien atau apa yang harus dilakukan pada pasien.</p>	<p>sebagai neuroprotektif otak melalui stimulus auditori. Oleh karena itu stimulasi sensori dalam hal ini stimulasi Al- Qur'an dapat dijadikan sebagai salah satu alternatif intervensi keperawatan dalam upaya meningkatkan proses pemulihan pasien dengan penurunan kesadaran yang ditandai dengan kenaikan nilai GCS.</p>	<p>ilmiah ini yaitu jurnal pertama dengan judul Pengaruh Pemberian Oksigen dan Elevasi Kepala 30o Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala. Jurnal kedua berjudul Pengaruh Stimulasi Sensori Terhadap Nilai Glaslow Coma Scale Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Neuro- surgical Critical Care Unit RSUP Dr. Hasan menyusun studi literatur karya tulis ilmiah ini yaitu jurnal pertama dengan judul Pengaruh Pemberian Oksigen dan Elevasi Kepala 30o Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala. Jurnal kedua berjudul Pengaruh Stimulasi Sensori Terhadap Nilai Glaslow Coma Scale Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Neuro- surgical Critical Care Unit RSUP Dr. Hasan</p>	<p>pasien, mengukur GCS dan <i>vital sign</i> serta menentukan pasien yang dapat dilakukan intervensi, Ustadz/ah melakukan terapi dengan memperdengarkan rekaman bacaan ayat ayat alquran seperti pada kelompok perlakuan satu, alat rekaman diletakan disamping sisi kiri atau kanan telinga pasien. Setiap pasien mendapatkan terapi setiap hari dengan frekwensi 1x perhari selama lima hari berturut turut dengan durasi 15 menit setiap sesi terapi. Setelah dilakukan terapi oleh ustadz/ah dengan cara memperdengarkan rekaman bacaan ayat ayat alquran, dokter dan perawat melakukan pemeriksaan kembali kondisi pasien serta mengukur GCS dan <i>vital sign</i>.</p>
<p>C (comparison atau control) è apa yang menjadi pembanding dari intervensi yang dipilih untuk pasien.</p>	<p>Hasil penelitian di atas sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arif Setyo Upoyo (2012) dimana setelah dilakukan pemberian stimulasi Al-Qur'an hasil yang didapatkan adalah terdapat perbedaan nilai GCS yang bermakna sebelum dan setelah intervensi (<math>p = 0,034</math>). Terdapat perbedaan peningkatan nilai GCS yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol (<math>p = 0.013</math>). Stimulasi dengan memperdengarkan murotal Al Quran mempunyai pengaruh positif dalam</p>	<p>Hasil penelitian ini juga sama dengan hasil penelitan selanjutnya yang dilakukan oleh Yusuf dan Asriyanto (2019) bahwa terdapat peningkatan GCS sebelum dan setelah pemberian stimulasi Al-Qurán dengan hasil komputerasi T berpasangan didapatkan P value = 0,003 yang lebih kecil dari <math>\alpha = 0,05</math>. Kesimpulan dari penelitian ini terdapat pengaruh stimulasi Al-Qurán terhadap GCS pada pasien dengan penurunan</p>	<p>Berdasarkan hasil penilaian NPar Tests Mann-Whitney yang membandingkan perubahan <i>vital sign</i> dari 2 metode , hasil vital sign p-valuesemuanya <math>&gt;0.05</math> maka perbedaan <i>vital sign</i> metode langsung dan audio adalah tidak nyata. Nilai p valeu sistole= 0,317, diastole= 0,317, nadi=1,000, respirasi= 1,000 dan suhu 0,564. Walaupun tidak nyata ada kecenderungan vital sign dari metode langsung lebih baik</p>



	meningkatkan kesadaran pasien stroke iskemik, sehingga direkomendasikan pada pasien stroke iskemik yang mengalami penurunan kesadaran.	kesadaran di ruang Intensive Care Unit (ICU).	dibandingkan metode audio di setiap aspek yang diamati kecuali di aspek nadi dan respirasi perubahan keduanya sama.
O (outcome) è apa yang ingin dicapai dengan intervensi: ukuran, perbaikan, atau dampaknya.	Terdapat pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap Glasgow Coma Scale pada pasien dengan penurunan kesadaran di ruang ICU, dimana berdasarkan hasil komputerasi melalui uji T Berpasangan didapatkan nilai P value = 0,003 yang lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ .	Pemberian oksigen dan elevasi kepala 30° pada pasien dengan cedera kepala sedang menjadi langkah awal. Dilanjutkan terapi seperti terapi stimulasi sensori berupa stimulasi pada pendengaran, sensasi pada kulit, penciuman dan pengecap dan sebagai salah satu terapi komplementer dalam meningkatkan GCS pada pasien cedera kepala dan dapat juga dilakukan terapi Murotal Al Qurán, terapi murotal Al Qur'an ini telah terbukti berpengaruh terhadap nilai GCS.	Terapi qur'anic <i>healing</i> berpengaruh terhadap kestabilan <i>vital sign</i> pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Terapi qur'anic <i>healing</i> berpengaruh terhadap peningkatan GCS pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Terdapat pengaruh terapi qur'anic <i>healing</i> sebagai terapi alternative untuk percepatan penyembuhan pasien yang mengalami penurunan kesadaran yang dirawat di ruang HCU medical RSUDZA Banda Aceh.

## **BAB III METODELOGI KARYA TULIS AKHIR**

### **A. Desain dan Jenis Penelitian**

Desain penelitian adalah perencanaan pemilihan jenis penelitian yang akan digunakan untuk menjawab tujuan penelitian (P & Cahyanigrum, 2019). Desain penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini yaitu penelitian observasional deskriptif berupa laporan kasus (*case report*). *Case report* adalah salah satu rancangan pada penelitian deskriptif yang mendokumentasi gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Utarini & Adi, 2022).

Dalam penelitian ini, peneliti mendeskripsikan Penerapan Teknik Terapi Murottall Al-Qur'an Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Penurunan Kesadaran Di Ruang Rawat Inap Hcu Bedah Rsup Dr. M. Djamil Padang.

### **B. Tempat dan Waktu Pengambilan Kasus**

Pengambilan kasus untuk karya tulis akhir Ners ini dilakukan di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu pengambilan kasus dilakukan dari 15 Mei sampai 3 Juni 2023. Waktu penerapan asuhan keperawatan dilakukan pada tanggal 18 Mei dan 24 Juni 2023.

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi adalah semua individu yang menjadi sumber pengambilan sampel, yang terdiri atas obyek/ subyek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Tarjo, 2019). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien Cedera Kepala yang dirawat di ruang HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada tanggal 18 Mei

sampai 3 Juni terdapat 4 orang pasien yang mana 1 orang mengalami cedera kepala berat dengan nilai GCS 5, 2 orang mengalami cedera kepala sedang dengan GCS 9 dan 10 yang mana satu diantaranya beragama islam dan 1 orang mengalami cedera kepala ringan dengan GCS 14 yang berada di ruang rawat inap HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

## 2. Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2016). Sampel dalam karya akhir ini adalah 2 pasien dengan Cedera Kepala yang mengalami penurunan kesadaran yang dirawat di ruang HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling*. *purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kesesuaian dengan maksud dan tujuan penelitian (Sari, 2023).

Kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

### a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman saat menentukan kriteria inklusi. Dimana kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien cedera kepala dengan  $GCS \leq 12$  yang di rawat di ruangan HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- 2) Pasien yang beragama islam

- 3) Mendapat izin dari keluarga untuk diikutkan dalam penelitian dengan menandatangani informed consent
- b) Kriteria Eksklusi
- Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai hal sehingga dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
- 1) Pasien Cedera Kepala GCS > 12
  - 2) Pasien pulang paksa
  - 3) Pasien meninggal dunia

#### **D. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, dan termometer.

1. Format pengkajian keperawatan yang terdiri dari : identitas pasien dan penanggung jawab pasien, diagnosa medis, riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik pasien.
2. Format diagnosa keperawatan yang terdiri dari : Diagnosa keperawatan, tanggal munculnya masalah, tanggal teratasinya masalah dan tanda tangan.
3. Format intervensi yang terdiri dari : nama pasien , hari, tanggal, diagnosa keperawatan dan implementasi keperawatan.

#### **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

##### 1. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan untuk pembuatan karya tulis ilmiah ini ada dua yaitu data primer dan data sekunder.

a. Data primer

Data primer yaitu data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui sumber perantara) dan data yang dikumpulkan secara khusus untuk menjawab pertanyaan penelitian yang sesuai dengan keinginan peneliti (Firdaus, 2021).

Data primer yang dikumpulkan meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari dokumen yang diperoleh dari suatu lembaga atau orang lain (Nursalam, 2016). Data sekunder yang dikumpulkan diperoleh dari rekam medis dan catatan perkembangan pasien meliputi hasil pemeriksaan penunjang dan obat-obatan.

2. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian (Nursalam, 2016). Teknik pengumpulan data menggunakan multi sumber bukti yaitu teknik pengumpulan data bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data yang telah ada. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data secara wawancara, observasi, pengukuran, dan studi dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara menurut (L. T. Handayani 2023), merupakan teknik pengumpulan data dengan cara tanya-jawab antara peneliti dengan narasumber untuk mendapatkan informasi. Peneliti juga dapat menggunakan alat bantu seperti kamera, perekam suara, alat tulis, dan lain sebagainya.

Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian, wawancara dilakukan tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan dan riwayat kesehatan keluarga.

b. Pengamatan (observasi)

Observasi merupakan kegiatan pengamatan terhadap suatu objek menggunakan pancaindera. Observasi bertujuan untuk mendapatkan informasi yang diperlukan untuk suatu penelitian (Handayani, 2023). Dalam penelitian ini, peneliti mengobservasi kondisi klien dengan melihat keadaan umum dan respon klien pada saat dilakukan wawancara.

c. Pengukuran

Pada pengukuran peneliti melakukan pemantauan kondisi pada partisipan dengan menggunakan alat ukur pemeriksaan, seperti: alat ukur suhu tubuh (termometer) dan alat ukur tekanan darah (tensimeter).

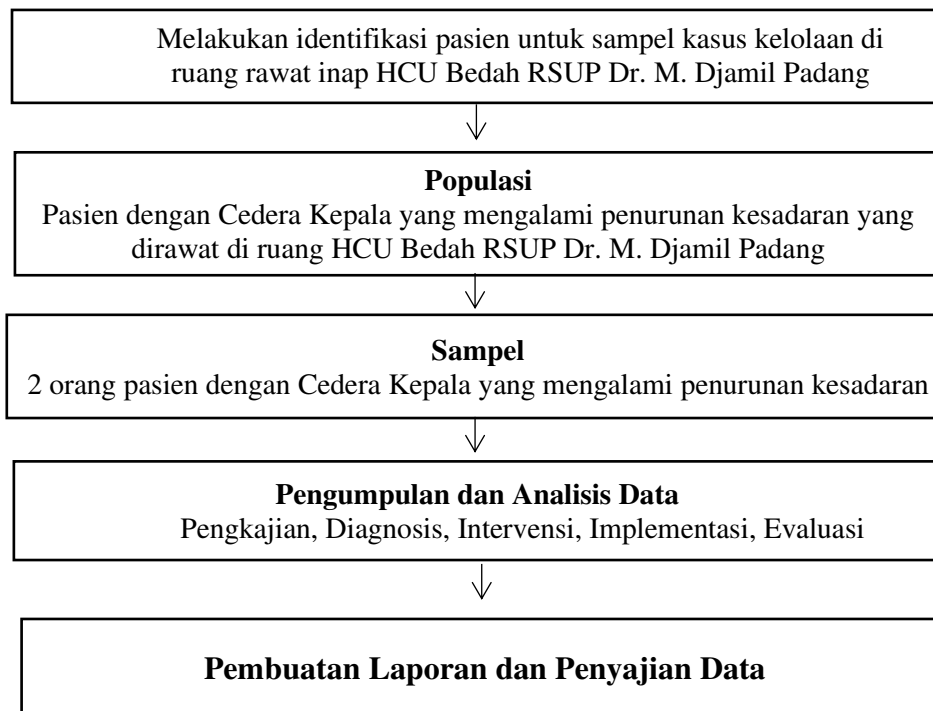
d. Dokumentasi

Dokumentasi Studi dokumentasi juga dapat dijadikan sebagai teknik pengumpulan data. Beberapa data didapatkan dalam bentuk kebijakan, foto, dokumen, hasil rapat, jurnal, dan lain-lain.

## **F. Instrumen**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, hasil pengkajian skala GCS, audio dan hasil pemberian terapi Murottal Al-Qur'an

### G. Alur Penyusunan



### H. Prosedur Karya Tulis Akhir

1. Mengisi link peminatan jurusan dari institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes RI Padang
2. Melapor Memilih topik atau judul EBN yang akan di ambil
3. Menyiapkan BAB 1 dan BAB 2
4. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke KSPF Ruang Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang
5. Peneliti meminta izin melakukan penelitian ke Kepala Ruangan HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang
6. Peneliti melakukan pemilihan sampel dengan mencatat jumlah pasien yang sedang dirawat di Ruangan HCU Bedah, melakukan skrining, memilih sampel sesuai kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian melakukan pemilihan sehingga

didapatkan 2 orang pasien sebagai responden

7. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan responden dan keluarga untuk melakukan asuhan keperawatan dan penerapan EBN

### **I. Analisis Data**

Analisa yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada klien dengan cedera kepala. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan jiwa mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan implementasi, sampai evaluasi hasil dari tindakan. Analisis yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan secara mendalam pada pasien cedera kepala yang mengalami penurunan kesadaran terhadap penerapan terapi murottal Al-Qur'an. Apakah ada kesesuaian antara teori, hasil penelitian orang lain, dengan kondisi pasien.



## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil

Praktek profesi magang dilakukan pada tanggal 15 Mei sampai 03 Juni 2023 di Ruang HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Kedua partisipan Tn. Y dan Tn.K dengan diagnosa Cedera Kepala . Asuhan keperawatan ini dilakukan dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi serta pemeriksaan fisik.

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dimulai pada tanggal 18 Mei pukul 13.00 WIB pada partisipan 1 Tn. Y berumur 52 tahun dengan diagnosa medis Cedera Kepala Sedang GCS 9 E3M5V1ec SOL Regio Frontal Susp Pulmonary Metastase Epilepsi Giant Bladder Stone Respiratory Disorder. Partisipan 2 dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Mei 2023 pukul 14.00 WIB bernama Tn. K berumur 58 tahun dengan diagnosa Cedera Kepala Berat GCS 5 E1M2V1 + ICH temporal sinistra + SDH frontotemporoparietal. Hasil pengkajian didapatkan penulis melalui observasi, wawancara dengan keluarga pasien dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel berikut :

*Tabel 4 1 Pengkajian*

Pengkajian Keperawatan	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas Pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki, Tn. Y (wiraswasta) dengan umur 52 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, nomor MR 01.17.47.69 dengan diagnosa medis Cedera Kepala Sedang GCS 9 E3M5V1trakeostomi ec SOL Regio Frontal Susp	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang laki-laki, Tn. K (wiraswastaw) dengan umur 58 tahun, menikah, beragama islam, pendidikan terakhir SMA, nomor MR 00.95.70.28 dengan diagnosa medis Cedera Kepala Berat GCS 5 E1M2V1 + ICH

	Pulmonary Metastase Epilepsi Giant Bladder Stone Respiratory Disorder	temporal sinistra + SDH frontotemporoparietal
Identitas Penanggung Jawab	Ny. W (Adik kandung) dari Tn. Y	Ny. M (istri) dari Tn. K
Riwayat Kesehatan (Keluhan Utama)	Tn. Y masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD dirujuk dari RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 16 Mei 2023, dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien diketahui keluar rumah dengan menggunakan sepeda, menurut keterangan yang di dapat dari keluarga, pasien kecelakaan dengan motor, mekanisme kejadian tidak diketahui, kejang tidak diketahui, keluar darah lewat mulut dan hidung disangkal.	Tn. K masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang langsung melalui IGD tanggal 21 Mei 2023, dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien sedang mengendarai motor tanpa menggunakan helm, pasien diserempet dari belakang oleh mobil, dan pasien terjatuh dengan kepala belakang terbentur oleh aspal, setelah kejadian pasien tidak sadarkan diri, dari keterangan keluarga pasien muntah 1x berisi apa yang dimakan, keluar darah dari hidung, telinga disangkal, trauma di daerah lain tidak ada.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Wawancara : Pada saat pengkajian tanggal 18 Mei 2023 jam 13.00 WIB keadaan pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 E3M5Vtrakeostomi, keluarga pasien mengatakan sejak 2 hari yang lalu keluar kamar operasi pasien belum sadarkan diri. Keluarga pasien juga mengatakan pasien gelisah dan sering	Wawancara : Pada saat pengkajian tanggal 24 Mei 2023 jam 14.00 WIB keadaan pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 5 E1M2V1, keluarga pasien mengatakan sejak kejadian pasien belum sadarkan diri.

	menarik tangan dan kakinya.	
Riwayat Kesehatan Dahulu	Wawancara dan Dokumentasi : Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami kecelakaan sebelumnya pada tahun 2018 dengan masalah penurunan kesadaran selama 10 hari. Keluarga mengatakan pasien tidak ada memiliki riwayat penyakit yang kronik.	Wawancara dan Dokumentasi: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit bawaan ataupun penyakit keturunan dan pasien tidak pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.
Pola Nutrisi	Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan. Pasien diberi diit MC 3x sehari dan minum 200-400 cc sehari, makanan diberi melalui NGT	Pasien diberi diit MC 3x sehari dan minum 200-400 cc sehari, makanan diberi melalui NGT
Pola eliminasi	Keluarga mengatakan pasien belum BAB saat di RS, BAK dengan kateter 1 hari urine $\pm$ 1.500 ml.	Keluarga mengatakan pasien belum BAB saat di RS, BAK dengan kateter 1 hari urine $\pm$ 1000 ml.
Pola istirahat tidur	Pasien banyak menghabiskan waktunya dengan tidur dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran, dan terkadang pasien gelisah	Pola istirahat dan tidur Pasien banyak menghabiskan waktunya dengan tidur dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran
Pola Aktivitas dan Latihan:	Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu berbaring di tempat tidur. Keluarga juga mengatakan pasien tidak diperbolehkan banyak bergerak karena pasca operasi. Keluarga klien mengatakan klien sering	Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu berbaring di tempat tidur.

	menggerak-gerakan kedua kaki dan tangannya. Klien tampak gelisah dan terpasang restrain	
<b>Kesadaran</b>	Somnolen	Stupor
<b>Tanda Vital:</b>	TD : 143/92 mmHg N : 98 x/i S : 37°C RR : 25 x/i SPO2 : 98% GCS : 9 E3M5Vtrakeostomi	TD : 132/ 88mmHg N : 112 x/i S : 37,2°C RR : 30 x/i SPO2 : 98% GCS : 5 E1M2V1
<b>Pemeriksaan Fisik</b>		
<b>Kepala Kulit kepala</b>	Inspeksi : Normocephal, tampak ada nya lesi Palpasi : edema	Inspeksi : Normocephal, tampak ada nya lesi Palpasi : edema
<b>Hidung</b>	Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien terpasang NGT Palpasi : Tidak teraba pembengkakan	Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien terpasang NGT Palpasi : Tidak teraba pembengkakan
<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik pada tanggal 19 Mei 2023 jam 15.00 WIB di dapatkan hasil labor, yaitu Hb 10,2 g/dL (13,0-16,0), hematokrit 30% (40,0-48,0), CA++ 0,84 mmol/L (1,15-1,35), GLU 97 mg/dL (60-95), HCT 33% (35-51), PO2 151 mmHg (83-108), HCO3- 23,6 mmol/L (18-23), SO2C 99 % (95-98), total protein 6,2 g/dL (6,6-8,7), albumin 3,2 g/dL (3,8-5,0), globulin 3,0 g/dL (1,3-2,7), klorida 112 mmol/L (8,1-10,4)  Pemeriksaan CTscan didapatkan pasien	Hasil pemeriksaan laboratorium kimia klinik pada tanggal 26 Mei 2023 jam 11.00 WIB di dapatkan hasil labor, yaitu Hb 12,8 g/dL (13,0-16,0), leukosit 27,10 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> (5,0-10,0), hematokrit 38% (40,0-48,0), PH 7,40 (7,35-7,45), PO2 62,7 mmHg (83-108), HCO3- 29,8 mmol/L (18-23), SO2C 91,5 % (95-98), total protein 6,2 g/dL (6,6-8,7), albumin 3,2 g/dL (3,8-5,0), globulin 3,0 g/dL (1,3-2,7),  Pemeriksaan CTscan didapatkan pasien mengalami

	mengalami hematoma serebral	hematoma serebral dan pendarahan intracranial
Terapi Medis	IVFD Nacl 0,9% 8 jam/kolf Ceftazidime 3x2 gram Levofloxacin 1x750 mg Omeprazole 2x40 mg Paracetamol 1 gr k/p Totilac 3x100 cc Fenitoin 3x100 gr (po) Amlodipin 1x10 mg CPZ 3x50 mg (bila hiccup/cegukan)	IVFD Nacl 0,9 % 500cc/8 jam Ceftriaxone 2x1 gr inj Ranitidine 2x50 mg Inf. Manitol 3x200 mg Keterolac 3x30 mg

## 2. Analisa Data

*Tabel 4 2 Analisa Data*

Partisipan 1	Partisipan 2
<p><b>Gejala &amp; Tanda Mayor</b></p> <p>Gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</li> <li>- keluarga mengatakan pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>Tanda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 143/ 92 mmHg</li> <li>- N : 98 x/i</li> <li>- S : 37°C</li> <li>- RR : 25 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5Vtrakeostomi</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lesu/lemah</li> </ul> <p>Etiologi : Edema Serebral akibat Cedera Kepala</p>	<p><b>Gejala &amp; Tanda Mayor</b></p> <p>Gejala :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak masuk RS</li> <li>- keluarga mengatakan pasien tampak sesak napas</li> </ul> <p>Tanda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 132/ 88 mmHg</li> <li>- N : 112 x/i</li> <li>- S : 37,2°C</li> <li>- RR : 30 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E1M2V1</li> <li>- Terpasang NRM 15 L</li> </ul> <p>Etiologi : Edema Serebral akibat Cedera Kepala</p> <p>Penyebab : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</p>

Penyebab : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	
---	--

### 3. Diagnosa Keperawatan

*Tabel 4 3 Tabel Diagnosa*

Partisipan 1	Partisipan 2
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala

### 4. Intervensi Keperawatan

*Tabel 4 4 Intervensi*

Partisipan 1	Partisipan 2
<p><b>SDKI :</b></p> <p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</p> <p><b>SLKI :</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Fungsi kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Agitasi menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> <li>7. Papiledema menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> </ol>	<p><b>SDKI :</b></p> <p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</p> <p><b>SLKI :</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Fungsi kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Agitasi menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> <li>7. Papiledema menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> </ol>

<p>11. Respon pupil membaik 12. Refleks neurologis membaik 13. Tekanan intrakranial membaik</p> <p><b>SIKI :</b> Manajemen Peningkatan tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>3. Cegah terjadinya kejang</li> <li>4. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>6. Memberikan teknik non farmakologis yaitu terapi Murottal Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran</li> </ol>	<p>11. Respon pupil membaik 12. Refleks neurologis membaik 13. Tekanan intrakranial membaik</p> <p><b>SIKI :</b> Manajemen Peningkatan tekanan Intrakranial (I.09325)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>3. Cegah terjadinya kejang</li> <li>4. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>6. Memberikan teknik non farmakologis yaitu terapi Murottal Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran</li> </ol>
--	--

## 5. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4 5 Implementasi

Partisipan 1		Partisipan 2	
Implementasi	Evaluasi	Implementasi	Evaluasi
<p>Tanggal : 19 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tanda-tanda vital TD : 143/92 mmHg, N : 98 x/I, S : 37, RR : 25 x/i, SPO2 : 98%</li> <li>Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 9 E3M5Vtrakeostomi</li> <li>Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>Memonitor intake dan output cairan</li> <li>Menyediakan lingkungan yang tenang</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 143/92 mmHg</li> <li>N : 98 x/i</li> <li>S : 37°C</li> <li>RR : 25 x/i</li> <li>SPO2 : 98%</li> <li>Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5Vtra keostomi</li> <li>Pasien tampak gelisah</li> <li>pasien tampak lesu/lemah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan dengan</p>	<p>Tanggal : 25 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tanda-tanda vital TD : 132/88 mmHg, N : 112 x/I, S : 37,2, RR : 30 x/I, SPO2 : 98%</li> <li>Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 5 E2M2V1</li> <li>Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>Memonitor intake dan output cairan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 132/88 mmHg</li> <li>N : 112 x/i</li> <li>S : 37,2°C</li> <li>RR : 26 x/i</li> <li>SPO2 : 98%</li> <li>Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengukur TTV, mengukur tingkat kesadaran</li> <li>Mengidentifikasi</li> </ul>



<p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (pengukuran GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>	<p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<p>penyebab peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (pengukuran GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>
<p>Tanggal : 20 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD :</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 135/81 mmHg</li> <li>• N : 84 x/i</li> <li>• S : 36,7°C</li> <li>• RR : 28 x/i</li> </ul>	<p>Tanggal : 26 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 136/74 mmHg</li> <li>• N : 121 x/i</li> <li>• S : 37,4°C</li> <li>• RR : 34 x/i</li> </ul>

<p>135/81 mmHg, N : 84 x/I, S : 36,7, RR : 28 x/I, SPO2 : 98%</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 9 E3M5Vtra keostomi</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPO2 : 98%</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5Vtra keostomi</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian</li> </ul>	<p>vital TD : 136/74 mmHg, N : 121 x/I, S : 37,4, RR : 34 x/I, SPO2 : 98%</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 5 E2M2V1</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPO2 : 98%</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi</li> </ul>
--	---	--	--

	terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien	kesadaran pasien	Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien
<p>Tanggal : 21 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 123/84 mmHg, N : 82 x/I, S : 36,5, RR : 24 x/I, SPO2 : 99%</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 10 E4M5Vtrakeostomi</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 133/84 mmHg</li> <li>• N : 82 x/i</li> <li>• S : 36,5°C</li> <li>• RR : 24 x/i</li> <li>• SPO2 : 99%</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 10 E4M5Vtra keostomi</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> </ul>	<p>Tanggal : 27 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 128/73 mmHg, N : 108 x/I, S : 37,1 , RR : 32 x/I, SPO2 : 98%</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS 5 E2M2V1</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 128/73 mmHg</li> <li>• N : 108 x/i</li> <li>• S : 37,1°C</li> <li>• RR : 32 x/i</li> <li>• SPO2 : 98%</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi</li> </ul>

<p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>	<p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<p>penyebab peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>
<p>Tanggal : 22 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 127/78 mmHg, N : 76</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat memberikan respon saat diajak komunikasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD: 127/78 mmHg</li> <li>• N : 76 x/i</li> <li>• S : 36,0°C</li> </ul>	<p>Tanggal : 28 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 124/82</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat membuka mata ketika di panggil</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 124/82 mmHg</li> <li>• N : 98 x/i</li> <li>• S : 36,3°C</li> <li>• RR : 27 x/i</li> </ul>

<p>x/I, S : 36,0, RR : 23 x/i</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran GCS : 10 E4M5Vtra keostomi</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR : 23 x/i</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 10 E4M5Vtra keostomi</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall</li> </ul>	<p>mmHg, N : 98 x/I, S : 36,3 , RR : 27 x/i</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 6 E3M2V1</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 E3M2V1</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk</li> </ul>
---	---	---	--

	Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien		membantu peningkatan kesadaran pasien
<p>Tanggal : 23 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 127/78 mmHg, N : 76 x/l, S : 36,0, RR : 23 x/i</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS : 10 E4M5Vtra keostomi</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat memberikan respon saat diajak komunikasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 127/78 mmHg</li> <li>• N : 76 x/i</li> <li>• S : 36,0°C</li> <li>• RR : 23 x/i</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 10 E4M5Vtra keostomi</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi</li> </ul>	<p>Tanggal : 29 Mei 2023</p> <p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p> <p>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 124/82 mmHg, N : 98 x/l, S : 36,3 , RR : 27 x/i</p> <p>2. Mengukur tingkat kesadaran : GCS 6 E3M2V1</p> <p>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <p>4. Memonitor intake dan output cairan</p>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat membuka mata ketika di panggil</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 124/82 mmHg</li> <li>• N : 98 x/i</li> <li>• S : 36,3°C</li> <li>• RR : 27 x/i</li> <li>• Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 E3M2V1</li> <li>• Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengukur TTV</li> <li>• Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> </ul>

<p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<p>penyebab peningkatan TIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>	<p>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>6. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukura n GCS)</li> <li>• Memberikan posisi semi fowler</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</li> </ul>
---	--	--	--

## B. Pembahasan

Dari wawancara yang dilakukan ke salah satu keluarga pasien, keluarga mengatakan pasien mengalami kecelakaan ditabrak motor. Trauma yang paling banyak terjadi pada saat kecelakaan lalu lintas adalah trauma kepala. trauma kepala akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama disabilitas dan mortalitas. Keadaan ini umumnya terjadi pada pengemudi motor tanpa helm atau memakai helm yang tidak tepat dan yang tidak memenuhi standar (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Pada BAB ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan cedera kepala yang dilakukan sejak tanggal 18 Mei sampai 27 Mei 2023. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2016).

Peneliti melakukan penelitian tentang cedera kepala dikarenakan banyaknya kasus cedera kepala yang terjadi, biasanya pasien dengan cedera kepala banyak disebabkan oleh kasus kecelakaan lalu lintas. Menurut *World Health Organization/WHO* (2014), menyatakan bahwa kecelakaan lalu lintas menjadi penyebab kematian ke sepuluh di dunia dengan jumlah 1,21 juta (2,1%), sedangkan di negara berkembang menjadi penyebab kematian ketujuh di dunia dengan jumlah kematian 940.000 (2,4%). Di Amerika Serikat diperkirakan setiap tahunnya sebanyak 1,7 juta orang mengalami cedera kepala. Lebih dari 52.000 orang meninggal dunia, 275.000 orang dirawat di rumah sakit, dan hampir 80% dirawat dan dirujuk ke instalansi gawat darurat. Jenis kelamin laki-laki yang lebih banyak mengalami cedera kepala dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan (World Health Organization, 2014).

Pada pasien dengan Cedera Kepala biasanya didapatkan keluhan utama yang berbeda-beda, seperti penurunan kesadaran, perdarahan di otak, hilangnya memori sesaat, sakit kepala, mual dan muntah, gangguan pendengaran, oedema pulmonal, kejang, infeksi, tanda herniasi otak, hemiparise, gegar otak, fraktur tengkorak (Marbun et al., 2020).



Peneliti melakukan pengkajian penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala di Ruang HCU Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2023 yang dilakukan terhadap Partisipan 1 pada tanggal 18 Mei 2023 dan terhadap Partisipan 2 pada tanggal 24 Mei 2023 dengan metode wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dimulai dari biodata, riwayat kesehatan, pengkajian pola kesehatan, pemeriksaan fisik dan didukung dengan hasil pemeriksaan penunjang. Hasil pengkajian yang didapat antara lain pada Partisipan 1 masuk rumah sakit tanggal 16 Mei 2023 pukul 17.00 WIB yang merupakan pasien rujukan dari RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien diketahui keluar rumah dengan menggunakan sepeda, menurut keterangan yang di dapat dari keluarga, pasien kecelakaan dengan motor, mekanisme kejadian tidak diketahui, kejang tidak diketahui, keluar darah lewat mulut dan hidung disangkal. Sedangkan pasien Partisipan 2 masuk RSUP Dr. M. Djamil Padang melalui IGD tanggal 21 Mei 2023, dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien sedang mengendarai motor tanpa menggunakan helm, pasien diserempet dari belakang oleh mobil, dan pasien terjatuh dengan kepala belakang terbentur ke aspal, setelah kejadian pasien tidak sadarkan diri, dari keterangan keluarga pasien muntah 1x berisi apa yang dimakan, keluar darah dari hidung dan telinga disangkal, trauma di daerah lain tidak ada.

Cedera kepala terjadi karena jaringan otak mengalami hypoxia atau penurunan perfusi jaringan otak. Penanganan di pra rumah sakit akan sangat bermanfaat dalam mencegah terjadinya cedera kepala sekunder. Pada cedera kepala primer adanya pembengkakan pada otak akan menimbulkan penurunan perfusi jaringan otak. Kondisi cedera lain yang menimbulkan adanya hipoksia dan hipotensi akan berdampak pada kerusakan jaringan otak. Adanya memar pada area tertentu di otak akan menimbulkan peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan akumulasi darah yang dapat mengisi area di otak sehingga menimbulkan tekanan

pada jaringan sekitar. Karena kepala tidak memiliki area tambahan untuk menampung adanya kelebihan volume maka akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial yang berdampak kepada penurunan aliran darah ke jaringan otak. Selanjutnya akan terjadi pembengkakan otak secara perlahan.

Jadi hasil analisa peneliti dalam pengkajian pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 didapatkan beberapa hasil yang sama dengan yang disebutkan dalam teori menurut Andra Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri (2013) adapun hasil yang sama antara lain terjadinya penurunan kesadaran, sakit kepala, mual dan muntah, pendarahan otak dan lain sebagainya sehingga mengakibatkan otak tidak dapat bekerja secara efektif.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya. Didalam penelitian ini peneliti menemukan empat masalah keperawatan dua diantaranya merupakan masalah keperawatan yang sama antara kedua pasien kelolaan peneliti. Pada pasien Partisipan 1 ditemukan empat masalah yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, bersihan jalan nafas tidak efektif, defisit nutrisi, dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan pada pasien Partisipan 2 ditemukan 3 masalah yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial, pola nafas tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, Berikut peneliti akan membahasnya :

### **a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial**

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) penurunan kapasitas adaptif intrakranial merupakan gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan berdasarkan pada Partisipan 1 yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial akibat dari cedera pada kepala. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien sebelumnya mengalami kecelakaan lalu lintas, pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran pasien somnolen, pasien gelisah, adanya trauma pada kepala pasien, tanda-tanda vital meliputi tekanan darah 143/ 92 mmHg, nadi 98x/i, pernafasan 25x/i, suhu 37°C, hal ini sesuai dengan tanda dan gejala yang terjadi pada pasien yang mengalami cedera kepala yang berupa penurunan tingkat kesadaran, nyeri kepala, gelisah, muntah, komplikasi pernafasan, dilatasi pupil, ingatan sementara hilang, peningkatan frekuensi nafas, nadi dan tekanan darah meningkat (Mahoklori, 2021).

Peneliti mendapatkan masalah keperawatan berdasarkan pada Partisipan 2 yaitu Penurunan kapasitas adaptif intrakranial akibat dari cedera pada kepala. Diagnosa ini ditegakkan peneliti karena didukung oleh data-data antara lain pasien sebelumnya mengalami kecelakaan lalu lintas, pasien muntah dan mengalami penurunan kesadaran, kesadaran pasien samnolen, adanya trauma pada kepala pasien, tanda-tanda vital meliputi tekanan darah 132/88 mmHg, nadi 112x/i, pernafasan 26x/i, suhu 37,2oC. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala yang terjadi pada pasien yang mengalami cedera kepala yang berupa penurunan tingkat kesadaran, nyeri kepala, muntah, komplikasi pernafasan, dilatasi pupil, ingatan sementara hilang, peningkatan frekuensi nafas, nadi dan tekanan darah (Mahoklori, 2021).

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan dan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan pada pasien (Nursalam, 2016).

Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus Partisipan 1 dan Partisipan 2 didasarkan pada tujuan intervensi masalah keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral.

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) rencana tindakan keperawatan pada diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan status kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, agitasi menurun, muntah menurun, papiledema menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, pola napas membaik, respon pupil membaik, refleks neurologis membaik, tekanan intrakranial membaik dengan SIKI yaitu identifikasi penyebab peningkatan tik (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), monitor tanda atau gejala peningkatan tik (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), monitor map (mean arterial pressure), monitor status pernapasan, monitor intake dan output cairan minimalisir stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, berikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, hindari pemberian cairan iv hipotonik, pertahankan suhu tubuh normal, memberikan teknik non farmakologis yaitu terapi Murottal Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran.

#### **Intervensi Stimulasi Murottal Al-Qur'an :**

Batang otak menggunakan masukan auditorik untuk keadaan terjaga dan bangun dan nucleus genikuatum medialis thalamus untuk menyortir serta menyalurkan sinyal ke korteks terutama temporalis kiri dan kanan karena seratus saraf auditorik bersilangan secara parsial di batang otak, karena itu

gangguan di jalur pendengaran di satu sisi setelah batang otak sama sekali tidak mempengaruhi pendengaran di kedua telinga. Korteks pendengaran primer (lobus temporalis) akan mempersepsikan suara-suara deskret, sementara korteks pendengaran yang lebih tinggi mengintegrasikan berbagai suara menjadi pola yang teratur dan berarti (Sherwood, 2011). Mekanisme ini memungkinkan stimulasi sensori mencapai batang otak dan korteks untuk diaktivasi meskipun batang otak dan korteks mengalami cedera dan kerusakan atau dengan klinis terjadinya penurunan kesadaran dengan kata lain pasien yang mengalami defisit neurologi khususnya pasien cedera kepala sangat memungkinkan untuk diberikan stimulasi sensori khususnya stimulasi auditori (pendengaran).

Beberapa intervensi yang telah dilakukan selain implementasi utama adalah dengan stimulasi *Murottall* Al-qur'an. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zuhriana K. Yusuf dan Asriyanto Rahman pada 10 pasien cedera kepala berat menunjukkan terdapat peningkatan nilai *Glasgow Coma Scale* antara sebelum dan setelah pemberian stimulasi Al-Qur'an. Terapi stimulasi *Murottall* Al-Qur'an di perdengarkan kepada keluarga dan klien setiap hari dengan durasi 15-20 menit. Sebuah Studi Ilmiah yang dilakukan oleh Dr Ahmed Al-Qadhi di Klinik Besar Florida, Amerika Serikat membuktikan bahwa perubahan fisiologis terjadi pada sistem saraf otak dari sampel pasien yang mendengarkan pembacaan Al-Qur'an ketika sedang dipantau oleh sistem yang sangat canggih di klinik yang terletak di Panama City, Florida. (Nugraheni, dkk 2018).

#### **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 klien, faktor-

faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Hariati et al., 2022).

Peneliti melakukan semua implementasi berdasarkan semua tindakan yang telah direncanakan pada intervensi. Teori ini sesuai dengan hasil implementasi yang peneliti dapatkan. Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Hasil implementasi yang dilakukan dari tanggal 18 Mei – 23 Mei 2023 pada Partisipan 1 dan Partisipan 2 pada tanggal 24 Mei - 28 Mei 2018 dilakukan dengan menyesuaikan kondisi pasien tanpa meninggalkan prinsip dan konsep keperawatan.

Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada kedua partisipan yaitu Terapi Murottal Al-Qur'an dilakukan pada kedua pasien selama 15-20 menit. Terapi dilakukan dengan cara mendengarkan kepada pasien Murottall Al-Qur'an surat Ar-Rahman dengan volume 40 Hz. Sebelumnya pasien dilakukan pengukuran tingkat kesadaran dengan menggunakan skala Glasgow Coma Scale. Pada partisipan 1 sebelum dan sesudah diberikan terapi, dengan tingkat kesadaran sebelum diberikan terapi yaitu GCS 9 E3M5V1 dan tingkat kesadaran setelah diberikan terapi yaitu GCS 10 E4M5V1. Sedangkan pada partisipan 2 dilakukan pemberian Terapi Murottall Al-Qur'an pada tanggal 25 Mei 2023 dengan tingkat kesadaran sebelum diberikan terapi yaitu GCS 5 E2M2V1 dan tingkat kesadaran setelah diberikan terapi yaitu GCS 6 E3M2V1.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, tidak semua tindakan keperawatan dilakukan oleh peneliti, karena peneliti tidak merawat pasien selama 24 jam. Penulis mendelegasikan rencana keperawatan tersebut bersama perawat ruangan dan mahasiswa praktek profesi magang yang berdinasi di ruangan tersebut. Secara umum

rencana masing-masing masalah keperawatan dapat dilakukan, namun tidak semua masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, pada tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji respon setelah dilakukan intervensi keperawatan, membandingkan respon pasien dengan kriteria hasil, memodifikasi asuhan keperawatan sesuai dengan hasil evaluasi dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral  
Pada pasien Partisipan 1 peneliti memperoleh hasil data subjektif berbeda pada hari pertama sampai dengan hari keempat. Data subjektif dapat dikaji melalui keluarga pasien dikarenakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran. Sedangkan untuk data objektif pada hari pertama dan kedua didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan keadaan umum pasien berat, kesadaran somnolen, GCS 9 E3M5V1, pasien terpasang trakeostomi dan oksigen 15 L/i, IVFD NaCL 0,9% 20 tetes/i pada tangan kanan, pada kepala pasien tampak ada lesi, tanda-tanda vital pasien yaitu TD 123/71 mmhg, Nadi 77 x/i, Suhu 37 C, pernapasan 25 x/i. Pada hari ketiga sampai keempat didapatkan data objektif pasien yaitu GCS meningkat menjadi 10 E4M5V1, kesadaran pasien somnolen, pasien masih terpasang kateter dan IVFD NaCL 0,9% 24 tetes/i, pasien masih terpasang trakeostomi dan O2 lagi. Setelah dilakukan intervensi non farmakologis yaitu pemberian terapi Murottal Al-Qur'an yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pasien mengalami peningkatan GCS yang awalnya 9 E3M5V1 menjadi 10 E4M5V1 pada saat pemberian intervensi hari ketiga.

Pada pasien Partisipan 2 peneliti memperoleh hasil data subjektif dari keluarga pasien dari hari pertama sampai hari ke empat. Sedangkan untuk data objektif

pada hari pertama sampai hari ketiga didapatkan pasien mengalami penurunan kesadaran dengan keadaan umum pasien lemah, kesadaran somnolen, GCS 5 E2M2V1, pasien terpasang kateter dan O2 NRM 15 L/i, IVFD NaCL 0,9% 28 tetes/i pada tangan kanan, tanda-tanda vital Partisipan yaitu TD 132/88 mmHg, Nadi 112 x/i, Suhu 37,2 C, pernapasan 26 x/i. Pada hari keempat didapatkan data objektif pasien yaitu keadaan umum pasien lemah, kesadaran pasien somnolen, GCS 6 E3M2V1, pasien masih terpasang kateter, IVFD NaCL 0,9% 24 tetes/i dan O2 NRM 15 L/i. setelah dilakukan intervensi berupa pemberian terapi Murottall Al-Qur'an pada pasien yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran pasien, terdapat peningkatan pada nilai GCS yang awalnya 5 E2M2V1 meningkat menjadi 6 E3M2V1 pada pemberian intervensi hari keempat.

## 6. Analisis Penerapan EBN

### a. Implikasi

Penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN) merupakan salah satu dari beberapa strategi untuk memberikan *outcome* yang lebih baik maupun lebih efektif bagi kesembuhan pasien. EBN dalam praktek Keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia, 2020).

### b. Keterbatasan

Pada proses implementasi EBN masih memiliki keterbatasan yaitu peneliti memerlukan waktu beberapa hari dalam meningkatkan kesadaran pasien cedera kepala.

### c. Rencana Tindak Lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga untuk melakukan terapi Murottall Al-Qur'an secara mandiri, apabila pasien masih belum mengalami peningkatan kesadaran.



## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala di ruangan HCU Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang tahun 2023, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

#### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian pada partisipan I dan II didapatkan hasil yang sama dengan teori diantaranya, pada pasien dengan Cedera Kepala biasanya didapatkan keluhan utama yang berbeda-beda, diantaranya seperti penurunan kesadaran, perdarahan di otak, hilangnya memori sesaat, sakit kepala, mual dan muntah, gangguan pendengaran, oedema pulmonal, kejang, infeksi, tanda herniasi otak, hemiparise, gegar otak, fraktur tengkorak. Dari dua pasien tersebut dimana terjadi penurunan kesadaran sehingga di angkat diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Pada partisipan 1 terdapat 4 diagnosa keperawatan, yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Diagnosa kedua bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Diagnosa keempat gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Dan Pada partisipan 2 terdapat 3 diagnosa keperawatan, yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Diagnosa kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis. Diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada partisipan 1 dan 2 yang direncanakan tergantung kepada masalah keperawatan yang ditemukan. Pada partisipan 1 intervensi pertama masalah keperawatan yang dilakukan peneliti disesuaikan dengan kondisi pada pasien yang berdasarkan pada teori begitu juga pada partisipan 2 intervensi pertama masalah keperawatan yang dilakukan peneliti sesuai dengan kondisi pasien dengan dengan berdasarkan pada teori. Setelah dilakukan teknik non farmakologis seperti pemberian terapi Murottal Al-Qur'an untuk meningkatkan kesadaran pasien, didapatkan terjadi peningkatan GCS pada partisipan 1 yang awalnya memiliki GCS 9 setelah 3 hari intervensi terjadi peningkatan GCS menjadi 10. Sedangkan pada partisipan 2 terjadi peningkatan kesadaran pada hari keempat yang mana sebelum intervensi pasien memiliki GCS 5 dan setelah intervensi pada hari keempat naik menjadi GCS 6

### 4. Implementasi

Implementasi diagnosa keperawatan partisipan 1 dengan diagnosa yaitu kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Diagnosa kedua bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan. Diagnosa keempat gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot yang disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Pada partisipan 2 implementasi diagnosa keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral. Diagnosa kedua pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis. Diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot juga disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan terhadap partisipan I dan II dilakukan pada tanggal 17 Mei - 27 Mei 2023.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi pasien dengan masalah penurunan kesadaran didapatkan peningkatan kesadaran setelah dilakukan teknik terapi Murottal Al-Qur'an terhadap peningkatan nilai GCS pada pasien

## **B. Saran**

### 1. Bagi instansi pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan menjadi referensi dan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif khususnya pada pasien cedera kepala untuk peningkatan kesadaran.

### 2. Bagi rumah sakit

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan alternative dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai salah satu intervensi mandiri bagi perawat khususnya untuk menangani pasien cedera kepala dengan penurunan kesadaran.

### 3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan untuk mengembangkan terapi murottal Al-Qur'an lebih baik lagi dan dimodifikasi seperti menggabungkan dengan terapi dzikir atau terapi istigfar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aprilini, M., Mansyur, Y., & Ridfah, A. (2019). Efektifitas Mendengarkan Murottal Al-Qur'an dalam Menurunkan Tingkat Insomnia Pada Mahasiswa. *Psikologi Islami*, 5(2), 146–154.
- Dharma, A. (2019). *Identifikasi Kecelakaan Lalu Lintas*.
- Firdaus. (2021). *Metotologi Penelitian Kuantitatif Dilengkapi Analisis Regresi IBM SPSS Statistics Version 26.0*. DOTPLUS.
- Harahap, T. K., Indra, I. made, Issabella, C. M., Hasibuan, S., Yusriani, Hasan, M., Musyaffa, Surur, M., & Ariawan, S. (2021). *METODOLOGI PENELITIAN PENDIDIKAN*. Penerbit Tahta Media Group.
- Hariati, N., Solehudin, Sugiarno, Wasilah, & Tondok. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah*. Get Press.
- Haryono, R., & Febriyani, R. (2021). Manajemen Terapi Nonfarmakologi Terhadap Peningkatan Kesadaran (GCS) Pada Pasien Cedera Kepala Sedang. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Notokusumo Yogyakarta*, 3(1), 91–96.
- Healthty. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (M. Nasrudin (ed.)). NEM.
- Hidayati, A. N., Akbar, M. I., & Rosyid, A. N. (2018). *Gawat Darurat Medis dan Bedah*. Airlangga University Press.
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia. In *Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja* (Issue Remaja).
- Mahoklori, S. (2021a). *Manajemen care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala* (M. Nasrudin (ed.)). Tim Redaksi.
- Mahoklori, S. (2021b). *Manajemen Care Bundle Pada Pasien Cedera Kepala*. NEM.
- Marbun, S., Sinuraya, E., Amila, & Simanjuntak, V. (2020). *Manajemen Cedera Kepala*. ISBN.
- Musi, M. A., & Nurjannah. (2021). *Neuro Sains*. KENCANA.
- Muttaqin, A. (2020). *Pengantar Asuhan Keperawatan dengan gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*. Salemba Medika.

- Nurwidiyanti, E. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah* (A. Munandar (ed.)). ISBN.
- Otomoto. (2019). *Pengguna Motor di Negara Ini Paling Banyak di Dunia*.
- P, I. M. I., & Cahyanigrum, I. (2019). *Cara mudah memahami Metodologi Penelitian*. CV Budi Utama.
- Prabowo, B., Nugroho, R., & Perakaryadi, M. (2023). *Manajemen Pre-hospital Terintegrasi*. Media SAINS indonesia.
- Riskesdas. (2018). *Hasil Riskesdas 2018*. Kemenkes RI.
- Ristanto R. (2017). Klien Cedera Kepala Yang Mengalami Trauma Mayor. *Kesehatan Hesti Wira Sakti*.
- Sari, R. K. (2023). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. PT Sada Kurnia Pustaka.
- Tarjo. (2019). *Metode Penelitian*. Deepublish Publisher.
- Utarini, & Adi. (2022). *Prinsip dan Aplikasi Untuk Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press.
- World Health Organization. (2014). *Maternal Mortality In Reproduction Health And Research*.
- Yueniwati, Y. (2017). *pencitraan Pada Tumor Otak Modalitas dan Interpretasinya* (R. Ria (ed.)). UB Press.
- Yusuf, ZK, & Rahman, A. (2019). *Pengaruh Stimulasi Al-Quran Terhadap GCS*.
- Yusuf, Zuhriana, & Rahman, A. (2019). Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU. *JNJ*, 1(1).





# PENGARUH TERAPI MUROTAL AL-QUR'AN TERHADAP PENINGKATAN KESADARAN PASIEN CEDERA KEPALA



OLEH :

SILVIA WAHYUNI, S.Tr.KEP

NIM. (223410957)

PROGRAM STUDI  
PENDIDIKAN PROFESI NERS  
POLTEKKES KEMENKES RI  
PADANG

## APA ITU CEDERA KEPALA



Cedera kepala (trauma capitis) adalah cedera mekanik yang secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis.

## PENYEBAB CEDERA KEPALA

### 1. Trauma Tumpul

Kekuatan benturan akan menyebabkan kerusakan yang menyebar. Berat ringannya cedera yang terjadi tergantung pada proses akselerasi-deselerasi, kekuatan benturan dan kekuatan rotasi internal

### 2. Trauma Tajam

Disebabkan oleh pisau atau peluru atau fragmen tulang pada fraktur tulang tengkorak.

### 3. *Coup* dan *Countercoup*

Pada cedera *coup* kerusakan terjadi segera pada daerah benturan sedangkan pada cedera *countercoup* kerusakan terjadi pada sisi yang berlawanan dengan cedera *coup*.





## MUROTALL AL-QUR'AN



Terapi Murottal Al-Qur'an adalah rekaman suara yang dilagukan oleh Qori' (Pembaca Al-Qur'an). Lantunan Al-Qur'an mengandung suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress dengan cara mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian rasa takut, cemas, serta dapat memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.

## TUJUAN TERAPI MUROTALL AL-QUR'AN:

Adapun tujuan stimulasi *Murottal* Al-Qur'an yaitu:

- a. Meningkatkan kesadaran pasien yang ditunjukkan dengan nilai GCS yang meningkat
- b. Memperbaiki kondisi pasien yang ditandai dengan tanda-tanda vital yang membaik
- c. Mengurangi kecemasan keluarga pasien



## TEKNIK PELAKSANAAN TERAPI MUROTALL AL-QUR'AN

Di dalam intervensi ini menggunakan salah satu surat *Makkiyah* dalam Al-Qur'an yaitu surat Ar-Rahman yang merupakan surat ke 55 dan berjumlah 78 ayat. Dalam surat ini menerangkan kepemurahan Allah SWT kepada hamba-hamba-Nya, yakni dengan memberikan nikmat yang tak terhingga baik di dunia maupun di akhirat. Ar-Rahman mempunyai karakter ayat yang pendek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi yang bagi pendengar yang masih awam sekalipun

### LANGKAH

1. Membaca Basmalah
2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan tingkat kesadaran pasien
3. Memberikan terapi *Murottal* selama 10-15 menit dengan menggunakan handphone
4. Mengatur volume musik dengan frekuensi 40 Hz (volume sedang)
5. Melakukan pemeriksaan ulang tanda-tanda vital dan kesadaran pasien setelah diberikan terapi *Murottal* Al-Qur'an

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA

### A. Kasus 1

#### 1. Pengkajian Keperawatan

##### a. Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. Y  
No. RM : 01174769  
Umur : 52 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki- laki  
Alamat : Ipuh Jl. Mandiangin Bukittinggi  
Tanggal masuk RS : 12 Mei 2023  
Ruang rawatan : HCU Bedah  
Tanggal pengkajian : 18 Mei 2023  
Diagnosa Medis : GCS 9 E3M5V1ec SOL Regio Frontal Susp  
Pulmonary Metastase Epilepsi Giant Bladder Stone  
Respiratory Disorder

##### b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. W  
Umur : 35 Tahun  
Pendidikan : S2 Keperawatan  
Pekerjaan : Dosen  
Alamat : Ipuh Jl. Mandiangin Bukittinggi  
Hubungan : Adik Kandung

##### c. Riwayat Kesehatan

###### 1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Penurunan kesadaran sejak 12 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien diketahui keluar rumah dengan menggunakan sepeda, menurut keterangan yang di dapat dari keluarga, pasien kecelakaan dengan motor, mekanisme kejadian tidak diketahui, kejang tidak diketahui, keluar darah lewat mulut dan hidung.

2) Keluhan Utama Saat Dikaji

Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9 E3M5V1, keluarga pasien mengatakan sejak 2 hari yang lalu keluar kamar operasi pasien belum sadarkan diri. Keluarga pasien juga mengatakan pasien gelisah dan sering menarik tangan dan kakinya.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami kecelakaan sebelumnya pada tahun 2018 dengan masalah penurunan kesadaran selama 10 hari

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.

5) Riwayat Psikososial

Keluarga mengatakan pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Keluarga juga mengatakan cara keluarga mengatasi masalah dengan musyawarah bersama-sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

**d. Pengkajian Fungsional Gordon**

1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Tidak dapat dikaji

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan. Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari makanan besar. Saat sakit pasien belum pernah diberikan makanan melalui oral. Keluarga juga mengatakan makanan diberikan hanya melalui NGT.

3) Pola Eliminasi

Keluarga pasien mengatakan pasien belum pernah BAB. Keluarga juga mengatakan belum BAB karena belum ada intake oral

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu berbaring di tempat tidur. Keluarga juga mengatakan pasien tidak diperbolehkan banyak bergerak karena pasca operasi. Keluarga klien mengatakan klien sering menggerak-gerakkan kedua kaki dan tangannya. Klien tampak gelisah dan terpasang restrain

5) Pola Istirahat dan Tidur

Keluarga mengatakan sejak keluar dari kamar operasi pasien mengalami penurunan kesadaran. Keluarga pasien mengatakan sulit memprediksi tidur klien

6) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Keluarga mengatakan Pasien sering gelisah

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Tidak dapat dikaji

8) Pola Peran dan Hubungan

Tidak dapat dikaji

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Keluarga mengatakan sudah 2 tahun pasien tidak melakukan hubungan suami istri dikarenakan pasien cerai dengan isteri. Keluarga juga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat gangguan prostat

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Tidak dapat dikaji

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Keluarga mengatakan pasien menganut agama islam. Keluarga mengatakan selama sakit tidak pernah melaksanakan sholat

**e. Pemeriksaan Fisik**

1) Keluhan utama : pasien penurunan kesadaran dengan GCS 9 E3M5V1

2) Pengukuran antropometri

Berat badan : 62 kg

Tinggi badan : 165 cm

Lila : 22 cm

3) Tanda – tanda vital

Keadaran umum : Berat

Kesadaran : Somnolen

Tekanan darah : 123/ 71 mmHg

Nadi : 77 x/i

Suhu : 37°C

Pernafasan : 25 x/i

4) Kepala

Inspeksi : terlihat lesi di bagian frontal

Palpasi : tidak teraba massa/ pembengkakan

5) Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya (+), pupil isokor 3mm/ 3 mm

6) Rambut

Inspeksi : rambut tampak hitam dan kering

Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam

7) Hidung

Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien tampak terpasang NGT

Palpasi : tidak teraba pembengkakan

8) Mulut

Inspeksi : gigi terlihat kuning dan tidak lengkap

9) Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan, pasien terpasang trakeostomi

Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid

10) Dada dan Thoraks

Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya jejas

Palpasi : fremitus kiri dan kanan

Perkusi : sonor (+/+)

Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

11) Abdomen

Inspeksi : Distensi (-)

Palpasi : Supel (+)

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus (+)

12) Ekstremitas

Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, edema (-), kekuatan otot menurun

Palpasi : Akral hangat CRT < 2 detik, kulit teraba kering

**f. Pemeriksaan penunjang**

**1) Pemeriksaan laboratorium**

Tanggal : 19 Mei 2023

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	10,2	g/ dL	13,0- 16,0
Leukosit	7,58	$10^3/\text{mm}^3$	5,0- 10,0
Hematokrit	30	%	40,0- 48,0
Trombosit	364	$10^3/\text{mm}^3$	150- 400
MCV	88	fl	82,0- 92,0
MCH	30	Pg	27,0- 31,0
MCHC	34	%	32,0- 36,0
RDW-CV	12,5	%	11,5- 14,5
NA+	145	mmol/L	136-145
K+	3,5	mmol/L	3,4- 4,5
CA++	0,84	mmol/L	1,15- 1,35
GLU	97	mg/dL	60-95
LAC	1,1	mmol/L	0,5-2,2
HCT	33	%	35-51
PH(T)	7,41		7,35-7,45
pCO2(T)	39	mmHg	35-48
pO2(T)	151	mmHg	83-108
HCO3-	24,6	mmol/L	18-23
SO2C	99	%	95-98
Total Protein	6,2	g/dL	6,6-8,7
Albumin	3,2	g/dL	3,8-5,0
Globulin	3,0	g/dL	1,3- 2,7

Ureum darah	43	mg/dL	10- 50
Kreatinin darah	0,8	mg/dL	0,8- 1,3
Gula darah sewaktu	108	mg/dL	50- 200
Natrium	145	mmol/L	136- 145
Kalium	3,9	mmol/L	3,5- 5,1
Klorida	112	mmol/L	97- 111
Kalsium	9,3	mg/dL	8,1-10,4

Catatan : Anemia, total protein dan albumin menurun, klorida meningkat, procalsitonin

**g. Program Pengobatan**

- 1) IVFD Nacl 0,9% 8 jam/kolf
- 2) Ceftazidime 3x2 gram
- 3) Levofloxacin 1x750 mg
- 4) Omeprazole 2x40 mg
- 5) Paracetamol 1 gr k/p
- 6) Totilac 3x100 cc
- 7) Fenitoin 3x100 gr (po)
- 8) Amlodipin 1x10 mg
- 9) CPZ 3x50 mg (bila hiccup/cegukan)

## 2. Analisa Data

No.	Data	Problem	Etiologi
1.	<p><b>Data :</b>            DS : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 123/ 71 mmHg</li> <li>- N : 77 x/i</li> <li>- S : 37°C</li> <li>- RR : 25 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul>	<p><b>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</b></p>	<p><b>Edema Serebral Akibat Cedera Kepala</b></p>
2.	<p><b>Data :</b>            DS : Keluarga mengatakan pasien batuk dan mengeluarkan banyak sekret</p> <p><b>DO :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien terpasang trakeostomi</li> <li>2) Pasien tidak mampu batuk</li> <li>3) Sputum berlebih</li> <li>4) Frekuensi napas berubah</li> <li>5) Pasien gelisah</li> </ol>	<p><b>Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif</b></p>	<p><b>Sekresi Yang Tertahan</b></p>
3.	<p><b>Data :</b>            DS : keluarga mengatakan pasien tampak mengalami penurunan berat badan</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Albumin 3,2 g/dL (3,8-5,0)</li> <li>- Hemoglobin 10,2 g/dL (13,0-16,0)</li> <li>- Berat badan : 62 kg</li> <li>- Membran mukosa pucat</li> <li>- Mulut pasien tampak kering</li> <li>- Pasien terpasang NGT</li> </ul>	<p><b>Defisit Nutrisi</b></p>	<p><b>Ketidakmampuan Menelan Makanan</b></p>



<b>4.</b>	<p><b>Data :</b> DS : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul>	<b>Gangguan Mobilitas Fisik</b>	<b>Penurunan Kekuatan Otot</b>
-----------	---	---------------------------------	--------------------------------

### 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral
- b. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan
- c. Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan
- d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot

### 4. Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Fungsi kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Agitasi menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> <li>7. Papiledema menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Respon pupil membaik</li> <li>12. Refleks neurologis membaik</li> <li>13. Tekanan intrakranial membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan tekanan Intrakranial (I.09325)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol>

			<p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>3. Cegah terjadinya kejang</li> <li>4. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>6. Memberikan teknik non farmakologis yaitu terapi Murottal Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
2.	Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif meningkat</li> <li>2. Produksi sputum menurun</li> <li>3. Mengi menurun</li> <li>4. Wheezing menurun</li> <li>5. Mekonium pada neonatus menurun</li> <li>6. Dipsnea menurun</li> <li>7. Ortopnea menurun</li> <li>8. Sulit bicara menurun</li> <li>9. Sianosis menurun</li> <li>10. Gelisah menurun</li> <li>11. Frekuensi napas membaik</li> <li>12. Pola napas membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Jalan Napas (I.10101)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgiling, mengi, wheezing, ronkhi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan Semi-Fowler atau Fowler</li> <li>2. Lakukan penghisapan</li> </ol>

			<p>lendir kurang dari 15 detik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>Berikan Oksigen, Jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, Jika tidak kontraindikasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p>
3.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>Kekuatan otot meningkat</li> <li>Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Kecemasan menurun</li> <li>Kaku sendi menurun</li> <li>Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>Gerakan terbatas menurun</li> <li>Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
--	--	--	---

## 5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Tanggal : 19 Mei 2023	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 123/71 mmHg, N : 77 x/l, S : 37, RR : 25 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 123/ 71mmHg</li> <li>- N : 77 x/i</li> <li>- S : 37°C</li> <li>- RR : 25 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> <li>-Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi</li> </ul>

			Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien
	<b>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frek, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memonitor sputum</li> <li>4. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sering batuk dan mengeluarkan sekret yang banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien terpasang trakeostomi</li> <li>-pasien tidak mampu batuk</li> <li>-sputum berlebih</li> <li>-frekuensi napas berubah</li> <li>-pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-memonitor pola napas</li> <li>-memonitor sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Melakukan tindakan suction</p>
	<b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul>

			<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
Tanggal : 20 Mei 2023	<b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 135/81 mmHg, N : 84 x/l, S : 36,7, RR : 28 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 135/81 mmHg</li> <li>- N : 84 x/i</li> <li>- S : 36,7°C</li> <li>- RR : 28 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 9 E3M5V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> <li>-Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu</li> </ul>

			<p>pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<p><b>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frek, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memonitor sputum</li> <li>4. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sering batuk dan mengeluarkan sekret yang banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien terpasang trakeostomi</li> <li>-pasien tidak mampu batuk</li> <li>-sputum berlebih</li> <li>-frekuensi napas berubah</li> <li>-pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-memonitor pola napas</li> <li>-memonitor sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Melakukan tindakan suction</p>
	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul>

			<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
Tanggal : 21 Mei 2023	<b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 123/84 mmHg, N : 82 x/l, S : 36,5, RR : 24 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 123/84 mmHg</li> <li>- N : 82 x/i</li> <li>- S : 36,5°C</li> <li>- RR : 24 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 10 E4M5V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> <li>-Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu</li> </ul>



			<p>pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<p><b>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frek, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memonitor sputum</li> <li>4. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sering batuk dan mengeluarkan sekret yang banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien terpasang trakeostomi</li> <li>-pasien tidak mampu batuk</li> <li>-sputum berlebih</li> <li>-frekuensi napas berubah</li> <li>-pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-memonitor pola napas</li> <li>-memonitor sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Melakukan tindakan suction</p>
	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul>

			<p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
Tanggal : 23 Mei 2023	<b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 127/78 mmHg, N : 76 x/I, S : 36,0, RR : 23 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat memberikan respon saat diajak komunikasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 127/78 mmHg</li> <li>- N : 76 x/i</li> <li>- S : 36,0°C</li> <li>- RR : 23 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 10 E4M5V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- Mengidenti fikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> <li>-Memberikan teknik</li> </ul>

			nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien
	<b>Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas (frek, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Memonitor bunyi napas tambahan</li> <li>3. Memonitor sputum</li> <li>4. Memberikan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sering batuk dan mengeluarkan sekret yang banyak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien terpasang trakeostomi</li> <li>-pasien tidak mampu batuk</li> <li>-sputum berlebih</li> <li>-frekuensi napas berubah</li> <li>-pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-memonitor pola napas</li> <li>-memonitor sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Melakukan tindakan suction</p>
	<b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"><li>- Gerakan terbatas</li><li>A : masalah belum teratasi</li><li>P : Intervensi Dilanjutkan</li><li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li><li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li><li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li></ul>
--	--	--	--

## **B. Kasus 2**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### **a. Identitas Pasien**

Nama Pasien : Tn. K  
No. RM : 00957028  
Umur : 58 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki- laki  
Alamat : Jl. Kampung Jambak RT 01/02 Kel Batipuah Panjang  
Tanggal masuk RS : 24 Mei 2023  
Ruang rawatan : HCU Bedah  
Tanggal pengkajian : 24 Mei 2023

#### **b. Identitas Penanggung jawab**

Nama : Ny. M  
Umur : 48 Tahun  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Jl. Kampung Jambak RT 01/02 Kel Batipuah Panjang  
Hubungan : Istri

#### **c. Riwayat Kesehatan**

##### **1) Keluhan saat masuk rumah sakit**

Penuruna kesadaran sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awalnya pasien sedang mengendarai motor tanpa menggunakan helm, pasien diserempet dari belakang oleh mobil, dan pasien terjatuh dengan kepala belakang terbentur oleh aspal, setelah kejadian pasien tidak sadarkan diri, dari keterangan keluarga pasien muntah 1x berisi apa yang dimakam, keluar darah dari hidung, telinga disangkal, trauma di daerah lain tidak ada.

##### **2) Keluhan Utama Saat Dikaji**

Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 5 E1M2V1, keluarga pasien mengatakan sejak kejadian pasien belum sadarkan diri.

##### **3) Riwayat Penyakit Dahulu**

Keluarga mengatakan pasien tidak ada memiliki riwayat penyakit

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.

5) Riwayat Psikososial

Keluarga mengatakan pasien mendapatkan dukungan dari keluarga dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Keluarga juga mengatakan cara keluarga mengatasi masalah dengan musyawarah bersama- sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.

**d. Pengkajian Fungsional Gordon**

1) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Tidak dapat dikaji

2) Pola Nutrisi dan Metabolik

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari makanan besar. Saat sakit pasien belum pernah diberikan makanan melalui oral. Keluarga juga mengatakan makanan diberikan hanya melalui NGT.

3) Pola Eliminasi

Keluarga pasien mengatakan pasien belum pernah BAB.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu berbaring di tempat tidur.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran dan belum ada perkembangan selama di rawat di RS

6) Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Tidak dapat dikaji

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Tidak dapat dikaji

8) Pola Peran dan Hubungan

Tidak dapat dikaji

9) Pola Reproduksi dan Seksual

Istri pasien mengatakan hubungan seksual aktif. Keluarga juga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat gangguan prostat

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Tidak dapat dikaji

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Keluarga mengatakan pasien menganut agama islam. Keluarga mengatakan selama sakit tidak pernah melaksanakan sholat

**e. Pemeriksaan Fisik**

1) Keluhan utama : pasien penurunan kesadaran dengan GCS 5 E2M2V1

2) Pengukuran antropometri

Berat badan : 75 kg

Tinggi badan : 168 cm

Lila : 23 cm

3) Tanda – tanda vital :

Keadaran umum : Berat

Kesadaran : Somnolen

Tekanan darah : 132/ 88 mmHg

Nadi : 112 x/i

Suhu : 37,2°C

Pernafasan : 26 x/i

4) Kepala

Inspeksi : jejas (-) Tanda fraktur depress (-)

Palpasi : tidak teraba massa/ pembengkakan

5) Mata

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya (+), pupil isokor 3mm/ 3 mm

6) Rambut

Inspeksi : rambut tampak hitam dan bersih

Palpasi : rambut teraba lepek

7) Hidung

Inspeksi : tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung, pasien tampak terpasang NGT

Palpasi : tidak teraba pembengkakan

8) Mulut

Inspeksi : gigi terlihat bersih dan tidak lengkap

9) Leher

Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan

Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid

10) Dada dan Thoraks

Inspeksi : gerakan dada simetris, jejas (-)

Palpasi : fremitus kiri dan kanan

Perkusi : sonor (+/+) kedua lapang paru

Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

11) Abdomen

Inspeksi : Jejas (-) Distensi (-)

Palpasi : Supel (+)

Perkusi : Tympani

Auskultasi : Bising usus (+)

12) Ekstremitas

Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, edema (-), kekuatan otot menurun

Palpasi : Akral hangat CRT < 2 detik, jejas (-)

**f. Pemeriksaan penunjang**

**1) Pemeriksaan laboratorium**

Tanggal : 26 Mei 2023

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
Hemoglobin	12,8	g/ dL	13,0- 16,0
Leukosit	27,10	$10^3/\text{mm}^3$	5,0- 10,0
Hematokrit	38	%	40,0- 48,0
Trombosit	186	$10^3/\text{mm}^3$	150- 400
MCV	83	fl	82,0- 92,0
MCH	28	Pg	27,0- 31,0
MCHC	34	%	32,0- 36,0
RDW-CV	13,2	%	11,5- 14,5



PH(T)	7,40		7,35-7,45
pCO <sub>2</sub> (T)	46,6	mmHg	35-48
pO <sub>2</sub> (T)	62,7	mmHg	83-108
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	29,8	mmol/L	18-23
SO <sub>2</sub> C	91,5	%	95-98
Total Protein	6,2	g/dL	6,6-8,7
Albumin	3,2	g/dL	3,8-5,0
Globulin	3,0	g/dL	1,3- 2,7
Ureum darah	21	mg/dL	10- 50
Kreatinin darah	0,8	mg/dL	0,8- 1,3
Gula darah sewaktu	151	mg/dL	50- 200
Natrium	143	mmol/L	136- 145
Kalium	3,6	mmol/L	3,5- 5,1
Klorida	109	mmol/L	97- 111
Kalsium	9,3	mg/dL	8,1-10,4

Catatan : Leukositosis

**g. Program Pengobatan**

- 1) IVFD NaCl 0,9% 8 jam/kolf
- 2) Ceftazidime 3x2 gram
- 3) Levofloxacin 1x750 mg
- 4) Omeprazole 2x40 mg
- 5) Paracetamol 1 gr k/p
- 6) Totilac 3x100 cc
- 7) Fenitoin 3x100 gr (po)
- 8) Amlodipin 1x10 mg
- 9) CPZ 3x50 mg (bila hiccup/cegukan)

## 2. Analisa Data

No.	Data	Problem	Etiologi
1.	<p><b>Data :</b>            DS : keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sejak masuk RS</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 132/ 88 mmHg</li> <li>- N : 112 x/i</li> <li>- S : 37,2°C</li> <li>- RR : 26 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E1M2V1</li> </ul>	<b>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</b>	<b>Edema Serebral Akibat Cedera Kepala</b>
2.	<p><b>Data :</b>            DS : Keluarga mengatakan pasien tampak sesak napas</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien nampak sesak, inspirasi lebih panjang daripada ekspirasi</li> <li>- Frekuensi napas : 38x/i</li> <li>- Terpasang NRM 15 L</li> <li>- Pola napas abnormal</li> </ul>	<b>Pola Napas Tidak Efektif</b>	<b>Gangguan Neurologis</b>
3.	<p><b>Data :</b>            DS : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul>	<b>Gangguan Mobilitas Fisik</b>	<b>Penurunan Kekuatan Otot</b>

## 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral
- b. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Sekresi yang Tertahan
- c. Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Ketidakmampuan Menelan Makanan

#### 4. Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Fungsi kognitif meningkat</li> <li>3. Sakit kepala menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Agitasi menurun</li> <li>6. Muntah menurun</li> <li>7. Papiledema menurun</li> <li>8. Tekanan darah membaik</li> <li>9. Tekanan nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Respon pupil membaik</li> <li>12. Refleks neurologis membaik</li> <li>13. Tekanan intrakranial membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan tekanan Intrakranial (I.09325)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>3. Cegah terjadinya kejang</li> <li>4. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>5. Pertahankan suhu tubuh normal</li> <li>6. Memberikan teknik non farmakologis yaitu terapi Murottal Al-Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
2.	Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ventilasi meningkat semenit</li> <li>2. Kapasitas vital meningkat</li> <li>3. Diameter thoraks anterior-posterior meningkat</li> <li>4. Tekanan ekspirasi meningkat</li> <li>5. Tekanan inspirasi meningkat</li> <li>6. Dispnea menurun</li> <li>7. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>8. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>9. Otopnea menurun</li> <li>10. Pernapasan pursed-lip menurun</li> <li>11. Pernapasan cuping hidung menurun</li> <li>12. Frekuensi napas membaik</li> <li>13. Kedalaman napas membaik</li> <li>14. Ekskursi dada membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Respirasi (I.01014)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-Stokes, biot, ataksik)</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum napas</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>6. Auskultasi bunyi napas</li> <li>7. Monitor saturasi oksigen</li> <li>8. Monitor nilai AGD</li> <li>9. Monitor hasil x-ray toraks</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>2. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol>

3.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun</li> <li>8. Gerakan terbatas menurun</li> <li>9. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>5. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
----	--	--	---

## 6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Tanggal : 25 Mei 2023	<b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 132/88 mmHg, N : 112 x/I, S : 37,2, RR : 26 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 132/ 88 mmHg</li> <li>- N : 112 x/i</li> <li>- S : 37,2°C</li> <li>- RR : 26 x/i</li> </ul> <p>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</p> <p>- Pasien tampak gelisah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>- memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<b>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas</li> <li>2. Memonitor adanya produksi sputum</li> <li>3. Memonitor saturasi oksigen</li> <li>4. Memonitor nilai AGD</li> <li>5. Memberikan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien tampak sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien tampak sesak, inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi</li> <li>-Frekuensi napas :</li> </ul>

			<p>38x/i</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-terpasang NRM 15 L</li> <li>-pola napas abnormal</li> <li>A : masalah belum teratasi</li> <li>P : intervensi dilanjutkan</li> <li>- memonitor pola napas</li> <li>- memonitor saturasi oksigen</li> <li>-memonitor adanya produksi sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul>
	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
<p>Tanggal : 25 Mei 2023</p>	<p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 136/74 mmHg, N : 121 x/I, S : 37,4, RR : 34 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p>

	<p><b>serebral akibat cedera kepala</b></p>	<p>peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 136/ 74 mmHg</li> <li>- N : 121 x/i</li> <li>- S : 37,4°C</li> <li>- RR : 34 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>- memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<p><b>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas</li> <li>2. Memonitor adanya produksi sputum</li> <li>3. Memonitor saturasi oksigen</li> <li>4. Memonitor nilai AGD</li> <li>5. Memberikan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien tampak sesak napas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien tampak sesak, inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi</li> <li>-Frekuensi napas : 36x/i</li> <li>-terpasang NRM 15 L</li> <li>-pola napas abnormal</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor pola napas</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor saturasi oksigen</li> <li>- memonitor adanya produksi sputum</li> <li>- memberikan posisi semi fowler</li> </ul>
	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
<p>Tanggal : 26 Mei 2023</p>	<p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 128/73 mmHg, N : 108 x/l, S : 37,1 , RR : 32 x/i</li> <li>2. penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 128/ 73 mmHg</li> <li>- N : 108 x/i</li> <li>- S : 37,1°C</li> <li>- RR : 32 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 5 E2M2V1</li> </ul> <p>- Pasien tampak</p>

		<p>Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</p>	<p>gelisah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>- memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<p><b>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas</li> <li>2. Memonitor adanya produksi sputum</li> <li>3. Memonitor saturasi oksigen</li> <li>4. Memonitor nilai AGD</li> <li>5. Memberikan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien tampak sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien tampak sesak, inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi</li> <li>-Frekuensi napas : 32x/i</li> <li>-terpasang NRM 15 L</li> <li>-pola napas abnormal</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor pola napas</li> <li>- memonitor saturasi oksigen</li> <li>-memonitor adanya produksi sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul>

	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
<p>Tanggal : 27 Mei 2023</p>	<p><b>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 124/82 mmHg, N : 98 x/l, S : 36,3 , RR : 27 x/i</li> <li>2. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>3. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK seperti tekanan darah meningkat, perubahan pola napas</li> <li>4. Memonitor intake dan output cairan</li> <li>5. Menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>6. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>7. Memberikan teknik non farmakologi yaitu pemberian terapi Murottall Al_Qur'an untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien sudah dapat membuka mata ketika di panggil</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 124/823 mmHg</li> <li>- N : 98 x/i</li> <li>- S : 36,3°C</li> <li>- RR : 27 x/i</li> <li>- Klien mengalami penurunan kesadaran GCS 6 E3M2V1</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di</p>

			<p>lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengukur TTV</li> <li>- mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>- memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK ( pengukuran GCS)</li> <li>- memberikan posisi semi fowler</li> </ul> <p>Memberikan teknik nonfarmakologis yaitu pemberian terapi Murottall Al-Qur'an untuk membantu peningkatan kesadaran pasien</p>
	<p><b>Pola Napas Tidak Efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis (mis. Cedera kepala)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor pola napas</li> <li>2. Memonitor adanya produksi sputum</li> <li>3. Memonitor saturasi oksigen</li> <li>4. Memonitor nilai AGD</li> <li>5. Memberikan posisi semi fowler</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien tampak sesak nafas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien tampak sesak, inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi</li> <li>-Frekuensi napas : 27x/i</li> <li>-terpasang NRM 15 L</li> <li>-pola napas abnormal</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- memonitor pola napas</li> <li>- memonitor saturasi oksigen</li> <li>-memonitor adanya produksi sputum</li> <li>-memberikan posisi semi fowler</li> </ul>

	<p><b>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>3. Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<p>S : keluarga mengatakan pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan pasien tampak gelisah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Gerakan tidak terkoordinas</li> <li>- Fisik lemah</li> <li>- Gerakan terbatas</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum mobilisasi</li> <li>- Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul>
--	--	--	---