

**PENERAPAN TERAPI NON FARMAKOLOGIS: MUROTTAL
AL-QUR'AN DAN RELAKSASI NAFAS DALAM PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN NYERI
AKUT DIRUANG TRAUMA CENTER RSUP. Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS AKHIR



OLEH:

RATU FEDILA YONITA, S.Tr.Kep

NIM. 233410020

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG
TAHUN 2024**

**PENERAPAN TERAPI NON FARMAKOLOGIS: MUROTTAL
AL-QUR'AN DAN RELAKSASI NAFAS DALAM PADA ASUHAN
KEPERAWATAN PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN NYERI
AKUT DIRUANG TRAUMA CENTER 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:

RATU FEDILA YONITA, S.Tr.Kep

NIM. 233410020

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
KEMENKES POLTEKKES PADANG**

TAHUN 2024

PROPOSAL PENELITIAN

Judul Penelitian: Analisis Efektivitas Program Pelatihan Keterampilan Dasar (Basic Skills Training) terhadap Peningkatan Produktivitas Kerja (Productivity Improvement) pada Karyawan Baru (New Employees) di PT. ABC.

Peneliti: [Nama Peneliti]

Instansi: [Nama Instansi]

Tahun: [Tahun Penelitian]

Ditulis dan Disetujui oleh:

Direktur Utama / Kepala Divisi: [Nama Direktur]

Palang, 20 Mei 2024
Kantor Penelitian



[No. Dokumen: B/PT/2024/001]
NIP. 19800715 199803 1 001

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Guru



[No. Dokumen: B/PT/2024/002]
NIP. 19800715 199803 1 002

BALAKAS PENGESAHAN

KEMENTERIAN KEMAHKAMAN, BERHAJAT DAN KEMASYARAKATAN

Dirjen : Dirjen Pembinaan Hukum Nasional

YUDIT : 13941001

JUDISIAL : Penetapan tempat dan durasi kegiatan (maksud) di Oyo dan Ter
Hubungan Pekerja Dokter (pada masalah kesehatan) pada
Kegiatan Kegiatan Kegiatan (pada masalah kesehatan) pada
Kegiatan Kegiatan Kegiatan (pada masalah kesehatan) pada
Kegiatan Kegiatan Kegiatan (pada masalah kesehatan) pada

Terdapat beberapa pertimbangan di dalam Dewan Pengaji KTA dan diterima sebagai
sahib atau persetujuan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Profesi baru pada
Program Studi Pendidikan Profesi Baru (pada masalah kesehatan) pada
Pendidikan Profesi Baru (pada masalah kesehatan) pada

DEWAN PENGUJI

Ketua pengaji : Ns. Netti, S.Kep., M.Pd., M.Kep.

Anggota pengaji : Ns. Zulfa, M.Kep., Sp.KMB

Anggota pengaji : Ns. Suhairi, S.Kep., M.Kep.

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Baru

(Ns. Elva Muli, S.Kep., M.Kep., Sp.KEM)
NIP. 19400421-198112-1-0001



PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Ratu Fedila Yonita, S.Tr.Kep
Nim : 233410020
Tanggal Lahir : 5 Februari 2001
Tahun Masuk : 2023
Nama Pembimbing Akademik : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M. Kep
Nama Pembimbing Utama : Ns. Suhalmi, S.Kep, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penelitian karya tulis akhir saya yang berjudul : Penerapan terapi non farmakologis murottal Al-Qur'an dan Relaksasi Nafas Dalam pada usaha keperawatan pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, Juni 2024

Mahasiswa



Ratu Fedila Yonita, S.Tr.Kep
Nim.233410020

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan Rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini dengan judul “Penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Qur’an dan Relaksasi Nafas Dalam pada asuhan keperawatan pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang”. Peneliti menyadari bahwa peneliti tidak akan bisa menyelesaikan karya tulis akhir ini tanpa bantuan dan bimbingan bapak Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep selaku pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan karya tulis akhir. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Renidayati, M.Kep., Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
2. Bapak Tasman, S.Kp., M.Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
3. Ibu Ns. Elvia Metti, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
4. Ns. Idrawati Bahar, S.Kep, M. Kep selaku Pembimbing Akademik selama kuliah di Poltekkes Kemenkes Padang
5. Bapak dan Ibu Dosen sebagai pengajar di Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Padang yang telah memberikan ilmu sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis akhir ini.
6. Terutama kepada orang tua dan saudara yang telah memberikan semangat dan dukungan materi serta restu yang tidak dapat dinilai dengan apapun

Peneliti menyadari karya tulis akhir ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan karya tulis akiri ini.

Padang, April 2024

Peneliti

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

Karya Tulis Akhir, Mei 2024

Ratu Fedila Yonita, S.Tr.Kep

Penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Qur'an dan Relaksasi Nafas Dalam pada asuhan keperawatan pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang

Isi : xiv + 100 halaman+ 8 tabel + 4 gambar + 1 grafik + 6 lampiran

ABSTRAK

Data *Centers for Disease Control and Prevention*, pada tahun 2020 ada lebih dari 214.000 rawat inap terkait cedera kepala dan pada tahun 2021 ada 69.473 kematian terkait cedera kepala. Data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, Angka kejadian cedera kepala di Indonesia sebesar 11,9%. Pasien penderita cedera kepala ringan akan merasakan nyeri kepala berkepanjangan berupa migrain dan di ikuti nyeri kepala tipe tegang. Karya tulis akhir ini bertujuan untuk memberikan informasi penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Qur'an dan Relaksasi nafas dalam pada asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan nyeri akut di ruang trauma center RSUP Dr. M. Djamil Padang .

Metode menggunakan *case study*, populasi yang digunakan seluruh seluruh pasien cedera kepala ringan pada bulan Apri, pengambilan sampel menggunakan *Purposive sampling*, instrumen penelitian menggunakan skoring *VAS (Visual Analogue Scale)* dan skoring (*NRS Numerical Rating Scale*). penelitian dilakukan dengan melakukan relaksasi nafas dalam dan mendengarkan murottal Al-Qur'an selama 15 menit

Hasil evaluasi intervensi yang di berikan pada Ny. Y dan Ny. E dengan penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Qur'an dan Relaksasi nafas dalam terhadap nyeri akut terdapat adanya perubahan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan terapi terapi non farmakologis: murottal Al-Qur'an dan menunjukkan adanya penurunan skala nyeri penderita cedera kepala pada Ny. Y dari skala nyeri 6 menjadi 2 sedangkan pada Ny. E dari skala nyeri 5 menjadi 1.

**Kata Kunci : Nyeri, Cidera Kepala, Murottal Al-Qur'an
Kepustakaan : 2016-2024**

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

Final Paper, May 2024

Ratu Fedila Yonita, S.Tr.Kep

Application of non-pharmacological therapy: Al-Qur'an murottal and Deep Breath Relaxation in nursing care for patients with mild head injury with acute pain in the Trauma Center room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.

Contents: xiv + 100 + 8 tables + 4 image + 1 graphs + 6 attachment

ABSTRACT

Retrieved from the Centers for Disease Control and Prevention, in 2020 there were more than 214,000 hospitalizations related to head injuries and in 2021 there were 69,473 deaths related to head injuries. Data from the Basic Health Research in 2018, the incidence rate of head injury in Indonesia was 11.9%. Patients with mild head injury will feel prolonged head pain in the form of migraine and followed by tension-type headache. This final paper aims to provide information on the application of non-pharmacological therapy: murottal Al-Qur'an and deep breath relaxation in nursing care for mild head injury patients with acute pain in the trauma center room of Dr. M. Djamil Padang Hospital.

The method uses a case study, the population used is all patients with mild head injuries in the month of Apri, sampling using purposive sampling, research instruments using VAS (*Visual Analogue Scale*) scoring and scoring (NRS) *Numerical Rating Scale*. research was carried out by doing deep breath relaxation and listening to Qur'anic murottal for 15 minutes.

The results of the evaluation of interventions provided to Mrs. Y and Mrs. E with the application of non-pharmacological therapy: Qur'anic murottal and deep breath relaxation against acute pain there is a change in the pain scale before and after being given non-pharmacological therapy therapy: Qur'anic murottal and shows a decrease in the pain scale of head injury sufferers in Mrs. Y from pain scale 6 to 2 while in Mrs. E from pain scale 5 to 1.

Keywords : Pain, Head Injury, Murottal Al-Qur'an

Literature : 2016-2024

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	II
HALAMAN PENGESAHAN	III
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	IV
KATA PENGANTAR	V
ABSTRAK	VI
ABSTRACT	VII
DAFTAR TABEL	IX
DAFTAR GAMBAR	X
DAFTAR BAGAN	XI
DAFTAR GRAFIK	XII
DAFTAR LAMPIRAN	XIII
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN LITERATUR	7
A. Konsep Penyakit Cedera Kepala	7
B. Konsep Nyeri	18
C. Terapi Murottal Al-Quran	24
D. Konsep Relaksasi Napas Dalam	26
E. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala	28
F. Evidance based Nursing (EBN)	36
BAB III METODE KARYA TULIS AKHIR	47
A. Jenis dan Desain Penelitian	47
B. Waktu dan Tempat	47
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN	47
D. Populasi dan Sampel	47
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data	49
H. Analisis Data	52
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	53
A. Hasil	53
B. Pembahasan	68
BAB V PENUTUP	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	78

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Skala Koma Glasgow (Blak, 1997).....	10
Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur Terapi Murotal.....	39
Tabel 2. 3 Analisis Jurnal.....	42
Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan.....	54
Tabel 4. 2 Diagnosa keperawatan.....	59
Tabel 4. 3 Rencana keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2.....	61
Tabel 4. 4 Implementasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2.....	64
Tabel 4. 5 Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2.....	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Wong Baker Faces Pain Rating Scale.....	21
Gambar 2. 2 Verbal Rating Scale.....	21
Gambar 2. 3 Numerical Rating Scale.....	22
Gambar 2. 4 Visual Analogue Scale.....	22

DAFTAR BAGAN

Bagan 3. 1 Prosedur Karya Tulis Akhir.....	55
--	----

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. 1 Penurunan Skala Nyeri Partisipan 1 dan Partisipan 2	73
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ganchart
- Lampiran 2 Lembaran Konsul
- Lampiran 3 Asuhan Keperawatan Partisipan 1
- Lampiran 4 Asuhan Keperawatan Partisipan 2
- Lampiran 5 Tabel Peurunan Nyeri dan Grafik
- Lampiran 6 Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 7 Hasil Uji Plagiarisme Turnitin

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala menjadi salah satu masalah kesehatan global yang terjadi pada semua kelompok usia yang mengakibatkan perubahan fisik maupun psikologis, serta kematian. Cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh proses mekanis seperti benturan, pukulan atau trauma tembus kepala yang memengaruhi struktur otak, menyebabkan penurunan dan gangguan fungsi otak pada penderitanya (Syekh & Wasim, 2024). Cedera kepala dibagi menjadi cedera kepala ringan, sedang, dan berat menurut Glasscow Coma Scale, dikategorikan trauma kepala ringan apabila GCS 13–15, sedang bila GCS 9–12 dan berat bila GCS ≤ 8 . Semakin berat suatu cedera kepala, semakin tinggi risiko kematian pada pasien (Syekh & Wasim, 2024).

Penyebab terjadinya cedera kepala yang paling sering karena kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, tertimpa suatu benda, kecelakaan saat berolahraga dan korban kekerasan fisik (Agus Yudawijaya, 2022). *World Health Organization* menyatakan bahwa 20 hingga 50 juta cedera non fatal terjadi setiap tahunnya dengan Asia Tenggara menduduki peringkat pertama dengan jumlah kematian 330.222 kematian atau 28% kasus kecelakaan lalu lintas global (WHO, 2023).

Data Centers for Disease Control and Prevention, pada tahun 2020 ada lebih dari 214.000 rawat inap terkait cedera kepala dan pada tahun 2021 ada 69.473 kematian terkait cedera kepala. Laki-laki dua kali berkemungkinan dirawat di rumah sakit dan tiga kali lebih mungkin meninggal dengan cedera kepala dibandingkan perempuan (28,3 berbanding 8,4)(CDC, 2021). Data Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018, Angka kejadian cedera kepala di Indonesia sebesar 11,9%. Cedera kepala berada di peringkat ketiga, diikuti oleh cedera

ekstremitas bawah dan atas masing-masing sebesar yaitu 67,9% dan 32,7 % (Kemenkes RI, 2018a).

Penelitian yang dilakukan oleh (Maas et al., 2022) bahwa 90% kasus cedera kepala yang datang ke rumah sakit, ada sekitar 50% pasien dewasa dengan cedera kepala ringan yang datang ke rumah sakit. Cedera kepala ringan bisa menyebabkan gejala fisik seperti kehilangan kesadaran, kebingungan, nyeri kepala, pusing, mual, dan muntah. Gejala sistem sensorik diantaranya perubahan yang terjadi pada penciuman, penglihatan kabur, dan telinga berdengung. Adapun gejala gangguan mental yang bisa terjadi seperti masalah pada memori (ingatan), sulit berkonsentrasi, dan cemas berlebihan (Fiddiyanti et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh (Lucas et al., 2014) melaporkan bahwa 91% pasien mengalami nyeri kepala setelah mengalami cedera kepala ringan. Nyeri kepala yang dirasakan yaitu migrain dan 40% pasien merasakan migrain yang di ikuti dengan nyeri kepala tipe tegang. Keadaan nyeri ini terjadi akibat perubahan organik atau kerusakan serabut saraf otak, edema otak, peregangan struktur intrakranial yang peka terhadap nyeri, dan peningkatan tekanan intrakranial karena sirkulasi serebral yang tidak adekuat. Nyeri merupakan suatu ketidaknyamanan yang dirasakan oleh seseorang, dan nyeri yang berkepanjangan dapat mengakibatkan komplikasi, rawat inap yang lama, dan penderitaan, maka nyeri tidak lagi dianggap sebagai kondisi kerusakan atau cedera yang normal, tetapi secara bertahap meningkat seiring berjalannya waktu (Ningtyas et al., 2023).

Nyeri dapat diatasi dengan terapi farmakologi dan terapi non farmakologi, Terapi Farmakologis yaitu pemberian obat-obatan seperti pemberian obat analgesik atau obat anti nyeri, sedangkan terapi non farmakologis yaitu terapi selain pemberian obat-obatan dan tidak menimbulkan efek yang membahayakan seperti teknik relaksasi nafas dalam, terapi es dan panas/kompres panas dan dingin, distraksi, imajinasi terbimbing, hipnosis, akupuntur, dan masase. (Kemenkes RI, 2018).

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan suatu terapi yang dapat dilakukan dengan cara menarik nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Mulki et al., 2020).

Teknik Distraksi merupakan pengalihan perhatian pada hal lain, sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Distraksi terbagi menjadi distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernafasan dan distraksi intelektual. Salah satu teknik distraksi yang efektif merupakan terapi audio atau pendengaran, karakteristik audio yang bersifat terapi adalah audio dengan frekuensi 40-60 hz. Karena telah terbukti menurunkan kecemasan, ketegangan otot, mengurangi nyeri dan menimbulkan efek tenang. Terapi yang dilakukan pada penelitian ini adalah terapi murottal (Widiyono, 2021).

Terapi murottal adalah terapi yang dilakukan pengalihan perhatian dengan mendengarkan bacaan Murottal Al-Quran, sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Efek dari terapi murottal dalam kesehatan antara lain dapat menurunkan kecemasan, mengurangi nyeri, menurunkan tingkat depresi, memperbaiki kualitas tidur, dan meningkatkan memori. Ada beberapa studi mengatakan bahwa terapi murottal memiliki efek yang sama dengan terapi musik, tetapi pada penelitian yang dilakukan oleh sriati, et al 2014, ditemukan hasil bahwa terapi murottal lebih efektif menurunkan nyeri dibandingkan terapi musik. Ini dapat terjadi karena terapi murottal membantu individu untuk mengembangkan koping mengatasi nyeri. Koping diperlukan sebagai antisipasi terhadap kecemasan dan stres akibat kondisi nyeri.

Lantunan ayat Al-Quran mengandung aspek spiritualitas yang membuat individu mengingat Tuhan sehingga menimbulkan rasa cinta atau keimanan. Kecintaan kepada Tuhan ini dapat membangkitkan semangat dalam mengembangkan koping yang positif untuk menghadapi nyeri. Pada penelitian ini peneliti memberikan tindakan terapi murottal al-qur'an surat ar-rahman karna telah terbukti berpengaruh dalam menurunkan nyeri pada pasien cedera kepala ringan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nihla & Sukraeny, 2023) bahwa dalam studi kasus penelitian ini menunjukkan bahwa setelah diberikan penerapan murotal Al-Qur'an surat Ar-rahman responden mengalami penurunan skala nyeri yang terjadi pada kepala. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kusuma et al., 2019) menunjukkan dari hasil penelitian ada pengaruh yang signifikan terapi murotal surat ar-rahman terhadap penurunan skala nyeri kepala pasien cedera kepala ringan ($P\ value = <0,001; \alpha < 0,05$).

Berdasarkan pembahasan diatas penulis tertarik untuk menulis laporan karya tulis akhir tentang penerapan terapi murottal dan relaksasi nafas dalam pada asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan dengan nyeri akut diruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan peneliti di atas, maka peneliti merumuskan masalahnya yaitu bagaimana penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam pada asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan dengan Nyeri Akut diruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan penerapan terapi non farmakologis: murottal Alquran dan relaksasi nafas dalam untuk meredakan Nyeri Akut di ruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang

- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang
- c. Merencanakan intervensi keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Pada
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Pada
- f. Menganalisis penerapan terapi non farmakologis: murottal dalam asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

Penulisan karya tulis akhir ini diharapkan dapat memberikan informasi/ wawasan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut yang dilakukan dengan penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

a. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil karya tulis akhir ini akan dijadikan sebagai bahan masukan bagi perawat di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan terapi non farmakologis: Murottal Al-Qurandan relaksasi nafas dalam untuk mengatasi nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

b. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil penelitian yang akan dilakukan ini dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

c. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh terapi non farmakologis: murottal Al-Quran dan relaksasi nafas dalam terhadap nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien cedera kepala ringan yang mengalami nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Penyakit Cedera Kepala

1. Definisi

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Trauma atau cedera kepala adalah di kenal sebagai cedera otak gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun trauma tajam. Defisit neurologis terjadi karena robeknya substansia alba, iskemia, dan pengaruh masa karena hemoragik, serta edema serebral di sekitar jaringan otak (Suriya & Zuriati, 2019).

2. Etiologi

Penyebab utama trauma kepala adalah (Syekh & Wasim, 2024)

- a. Cedera akibat kendaraan bermotor
- b. Jatuh
- c. Penyerangan.

Berdasarkan mekanismenya, trauma kepala diklasifikasikan menjadi

- a. Tumpul (mekanisme paling umum)
- b. Tembus (cedera paling fatal)
- c. Ledakan.

TBI yang paling parah disebabkan oleh tabrakan dan jatuh kendaraan bermotor.

3. Patofisiologi

Patofisiologi dari cedera kepala traumatic dibagi dalam proses primer dan proses sekunder. Kerusakan yang terjadi dianggap karena gaya fisika yang berkaitan dengan suatu trauma yang relative baru terjadi dan bersifat irreversible untuk sebagian besar daerah otak. Walaupun kontusio dan

laserasi yang terjadi pada permukaan otak, terutama pada kutub temporal dan permukaan orbital dari lobus frontalis, memberikan tanda-tanda jelas tetapi selama lebih dari 30 tahun telah dianggap jejas akson difus pada substansi alba subkorteks adalah penyebab utama kehilangan kesadaran berkepanjangan, gangguan respon motorik dan pemulihan yang tidak komplis yang merupakan penanda pasien yang menderita cedera kepala traumatik berat (Suriya & Zuriati, 2019).

a. **Proses Primer**

Proses primer timbul langsung pada saat trauma terjadi. Cedera primer biasanya fokal (perdarahan, konusi) dan difus (jejas akson difus). Proses ini adalah kerusakan otak tahap awal yang diakibatkan oleh benturan mekanik pada kepala, derajat kerusakan tergantung pada kuat dan arah benturan, kondisi kepala yang bergerak diam, percepatan dan perlambatan gerak kepala. Proses primer menyebabkan fraktur tengkorak, perdarahan segera intrakranial, robekan regangan serabut saraf dan kematian langsung pada daerah yang terkena.

b. **Proses Sekunder**

Kerusakan sekunder timbul beberapa waktu setelah trauma menyusul kerusakan primer. Dapat dibagi menjadi penyebab sistemik dari intrakranial. Dari berbagai gangguan sistemik, hipoksia dan hipotensi merupakan gangguan yang paling berarti. Hipotensi menurunnya tekanan perfusi otak sehingga mengakibatkan terjadinya iskemi dan infark otak. Perluasan kerusakan jaringan otak sekunder disebabkan berbagai faktor seperti kerusakan sawar darah otak, gangguan aliran darah otak, metabolisme otak, gangguan hormonal, pengeluaran bahan-bahan neurotransmitter dan radikal bebas. Trauma saraf proses primer atau sekunder akan menimbulkan gejala-gejala neurologis yang tergantung lokasi kerusakan.

Kerusakan sistem saraf motorik yang berpusat dibagian belakang lobus frontalis akan mengakibatkan kelumpuhan pada sisi lain.

Gejala-gejala kerusakan lobus-lobus lainnya baru akan ditemui setelah penderita sadar. Pada kerusakan lobus oksipital akan dijumpai gangguan sensibilitas kulit pada sisi yang berlawanan. Pada lobus frontalis mengakibatkan timbulnya seperti dijumpai pada epilepsi lobus temporalis. Kelainan metabolisme yang dijumpai pada penderita cedera kepala disebabkan adanya kerusakan di daerah hipotalamus. Kerusakan dibagian depan hipotalamus akan terjadi hepertermi. Lesi di regio optika berakibat timbulnya edema paru karena kontraksi sistem vena. Retensi air, natrium dan klor yang terjadi pada hari pertama setelah trauma tampaknya disebabkan oleh terlepasnya hormon ADH dari daerah belakang hipotalamus yang berhubungan dengan hipofisi.

Setelah kurang lebih 5 hari natrium dan klor akan dikeluarkan melalui urine dalam jumlah berlebihan sehingga keseimbangannya menjadi negatif. Hiperglikemi dan glikosuria yang timbul juga disebabkan keadaan perangsangan pusat-pusat yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat didalam batang otak. Batang otak dapat mengalami kerusakan langsung karena benturan atau sekunder akibat fleksi atau torsi akut pada sambungan serviks medulla, karena kerusakan pembuluh darah atau karena penekanan oleh herniasi unkus.

Gejala-gejala yang dapat timbul ialah fleksiditas umum yang terjadi pada lesi transversal dibawah nukleus nervus statoakustikus, regiditas deserebrasi pada lesi transversal setinggi nukleus ruber, lengan dan tungkai kaku dalam sikap ekstensi dan kedua lengan kaku dalam fleksi pada siku terjadi bila hubungan batang otak dengan korteks serebri terputus. Gejala-gejala Parkinson timbul pada kerusakan ganglion basal. Kerusakan-kerusakan saraf-saraf kranial dan traktus-traktus panjang menimbulkan gejala neurologis khas. Nafas dangkal tak teratur yang dijumpai pada kerusakan medula oblongata akan menimbulkan timbulnya Asidesil. Nafas yang cepat dan dalam yang terjadi pada gangguan setinggi diensefalon akan mengakibatkan alkalosis respiratorik.

4. Klasifikasi Cidera Kepala

Beratnya cedera kepala saat ini didefinisikan oleh *The Traumatik Coma Data Bank* berdasarkan Skore Scala Coma Glasgow (GCS). Penggunaan istilah cedera kepala ringan, sedang dan berat berhubungan dari pengkajian parameter dalam menentukan terapi dan perawatan. Adapun klasifikasinya adalah sebagai berikut (Suriya & Zuriati, 2019) :

a. Berdasarkan beratnya cedera

1) Cedera Kepala Ringan

Nilai GCS 13-15 yang dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia akan tetapi kurang dari 30 menit. Tidak terdapat fraktur tengkorak serta tidak ada kontusio serebral dan hematoma.

2) Cedera Kepala Sedang

Nilai GCS 9-12 yang dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam. Dapat mengalami fraktur tengkorak.

3) Cedera Kepala Berat

Nilai GCS 3-8 yang diikuti dengan kehilangan kesadaran atau amnesia lebih dari 24 jam meliputi kontusio serebral, laserasi atau hematoma intrakranial.

Tabel 2.1 Skala Koma Glasgow (Blak, 1997)

Membuka Mata	
Spontan	4
Terhadap rangsang suara	3
Terhadap nyeri	2
Tidak ada	1
Respon Verbal	
Orientasi baik	5
Orientasi terganggu	4

Kata-kata tidak jelas	3
Suara Tidak jelas	2
Tidak ada respon	1
Respon Motorik	
Mampu bergerak	6
Melokalisasi nyeri	5
Fleksi menarik	4
Fleksi abnormal	3
Ekstensi	2
Tidak ada respon	1
Total	3-15

b. Berdasarkan Mekanisme

1) Trauma Tumpul

Trauma tumpul adalah trauma yang terjadi akibat kecelakaan kendaraan bermotor, kecelakaan saat berolahraga, kecelakaan kerja, jatuh, maupun cedera akibat kekerasan (pukulan)

2) Trauma Tembus

Trauma yang terjadi karena tembakan maupun tusukan benda – benda tajam/runcing.

c. Berdasarkan Morfologi

1) Cidera Kulit Kepala

Cidera yang hanya mengenai kulit kepala. Cidera kulit kepala dapat menjadi pintu masuk infeksi intrakranial.

2) Fraktur Tengkorak

Fraktur yang terjadi pada tulang tengkorak. Fraktur basis crani secara anatomis ada perbedaan struktur didaerah basis cranii dan kalvaria yang meliputi pada daerah basis cranii tulangnya

lebih tipis dibandingkan daerah klavaria, durameter daerah basis lebih tipis dibandingkan daerah klavaria, durameter daerah basis lebih melekat erat pada tulang dibandingkan daerah klavaria. Sehingga bila terjadi fraktur daerah basis mengakibatkan robekan durameter klinis.

3) Cidera Otak

a) Komosio Serebri (geger otak)

Komosio serebri adalah gangguan fungsi neurologik ringan tanpa adanya kerusakan struktur otak akibat cedera kepala. Gejala-gejala yang terjadi adalah mual, muntah, nyeri kepala, hilangnya kesadaran kurang dari 10 menit atau tanpa diertai anamnesia retrograd yaitu hilangnya ingatan pada kejadian-kejadian sebelum terjadinya kecelakaan/cedera.

b) Kontusio Serebri (memar otak)

Kontusio serebri adalah gangguan fungsi neurologik akibat cedera kepala yang disertai kerusakan jaringan otak tetapi kontinuitas otak masih utuh, Otak mengalami memar dengan memungkinkan adanya daerah yang mengalami perdarahan. Gejala yang timbul lebih khas yaitu, penderita kehilangan gerakan, kehilangan kesadaran lebih dari 10 menit

Macam – Macam Cidera Kepala

Menurut Brunner dan Suddarth, (2001) cedera kepala ada 2 macam yaitu (Suriya & Zuriati, 2019) :

a. Cedera kepala terbuka

Luka kepala terbuka akibat cedera kepala dengan pecahnya tengkorak atau luka penetrasi, besarnya cedera kepala pada tipe ini ditentukan oleh massa dan bentuk dari benturan, kerusakan otak juga dapat terjadi jika tulang tengkorak menusuk dan masuk kedalam jaringan

otak dan melukai durameter saraf otak, jaringan sel otak akibat benda tajam/ tembakan, cedera kepala terbuka memungkinkan kuman pathogen memiliki abses langsung ke otak.

b. Cidera Kepala Tertutup

Benturan kranial pada jaringan otak didalam tengkorak ialah goncangan yang mendadak. Dampaknya mirip dengan sesuatu yang bergerak cepat, kemudian serentak berhenti dan bila ada cairan akan tumpah. Cedera kepala tertutup meliputi kombusio, gagar otak, kontusio, memar, dan laserasi.

5. Manifestasi Klinis Cedera Kepala

Gejala-gejala yang ditimbulkan tergantung pada besarnya dan distribusi cedera otak (Suriya & Zuriati, 2019).

a. Cedera kepala ringan

- 1) Kebingungan saat kejadian dan kebingungan terus menetap setelah cedera.
- 2) Pusing menetap dan sakit kepala, gangguan tidur, perasaan cemas.
- 3) Kesulitan berkonsentrasi, pelupa, gangguan bicara, masalah tingkah laku
- 4) Gejala-gejala ini dapat menetap selama beberapa hari, beberapa minggu atau lebih lama setelah konkusio cedera otak akibat trauma ringan.

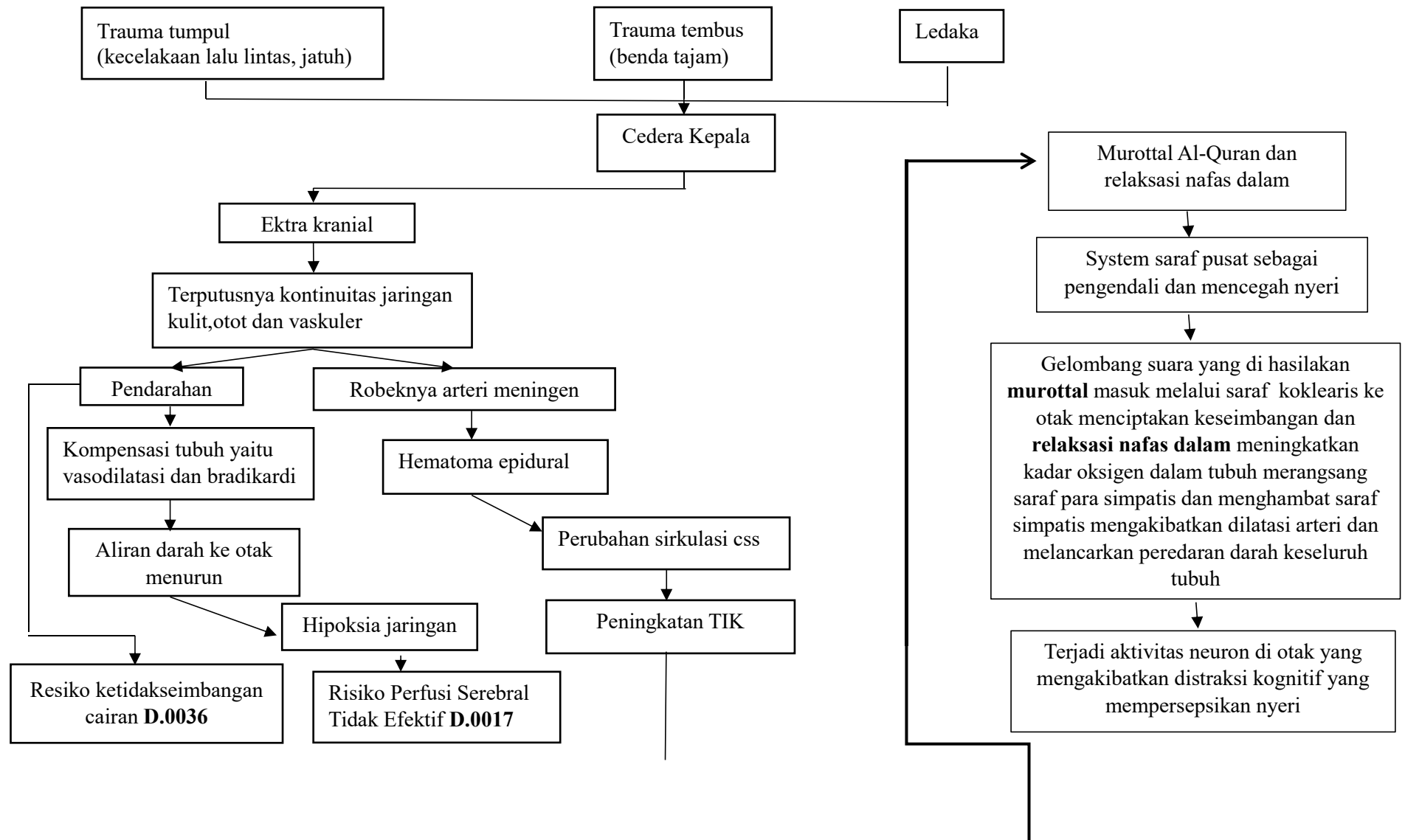
b. Cedera kepala sedang

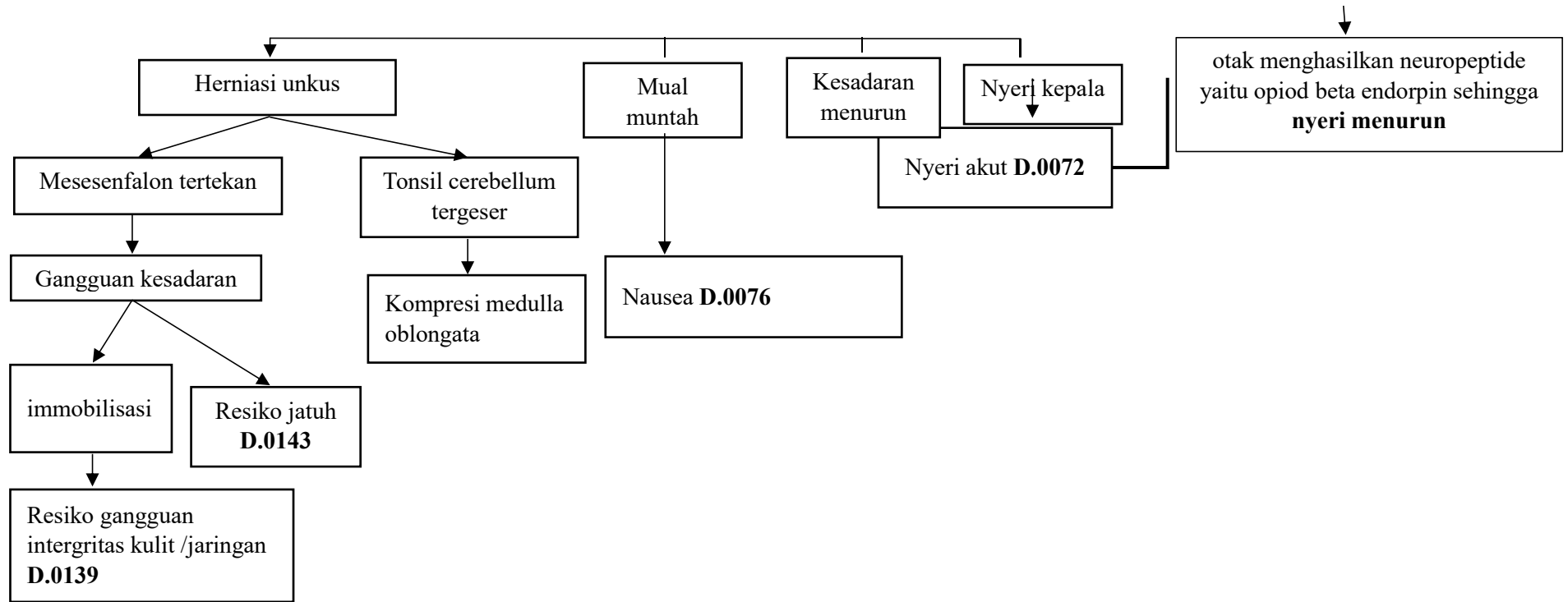
- 1) Kelemahan pada salah satu tubuh yang disertai dengan kebingungan atau bahkan koma.
- 2) Gangguan kesadaran, abnormalitas pupil, awitan tiba-tiba defisit neurologik, perubahan TTV, gangguan penglihatan dan pendengaran, disfungsi sensorik, kejang otot, sakit kepala, vertigo dan gangguan pergerakan.

c. Cedera kepala berat

- 1) Amnesia tidak dapat mengingat peristiwa sesaat sebelum dan sesudah terjadinya penurunan kesehatan.
- 2) Pupil tidak aktual, pemeriksaan motorik tidak aktual, adanya cedera terbuka, fraktur tengkorak dan penurunan neurologik.
- 3) Nyeri, menetap atau setempat, biasanya menunjukkan fraktur.
- 4) Fraktur pada kubah kranial menyebabkan pembengkakan pada area tersebut.

6. WOC





Sumber : (Suriya & Zuriati, 2019), (Syekh & Wasim, 2024)

7. Komplikasi Cedera Kepala

Menurut Rosjidi (2007), kemunduran pada kondisi klien diakibatkan dari perluasan hematoma intrakranial edema serebral progresif dan herniasi otak, komplikasi dari cedera kepala adalah (Suriya & Zuriati, 2019):

a. Edema pulmonal

Komplikasi yang serius adalah terjadinya edema paru, etiologi mungkin berasal dari gangguan neurologis atau akibat sindrom distress pernafasan dewasa. Edema paru terjadi akibat refleksi cushing/perlindungan yang berusaha mempertahankan tekanan perfusi dalam keadaan konstan. Saat tekanan intrakranial meningkat tekanan darah sistemik meningkat untuk mencoba mempertahankan aliran darah ke otak, bila keadaan semakin kritis, denyut nadi menurun bradikardi dan bahkan frekuensi respirasi berkurang, tekanan darah semakin meningkat. Hipotensi akan memburuk keadaan, harus dipertahankan tekanan perfusi paling sedikit 70 mmHg, yang membutuhkan tekanan sistol 100-110 mmHg, pada penderita kepala. Peningkatan vasokonstriksi tubuh secara umum menyebabkan lebih banyak darah dialirkan ke paru, perubahan permeabilitas pembuluh darah paru berperan pada proses berpindahnya cairan ke alveolus. Kerusakan difusi oksigen akan karbondioksida dari darah akan menimbulkan peningkatan TIK lebih lanjut.

b. Peningkatan TIK

Tekanan intrakranial dinilai berbahaya jika peningkatan hingga 15 mmHg, dan herniasi dapat terjadi pada tekanan diatas 25 mmHg. Tekanan darah yang mengalir dalam otak disebut sebagai tekanan perfusi serebral yang merupakan komplikasi serius dengan akibat herniasi dengan gagal pernafasan dan gagal jantung serta kematian.

c. Kejang

Kejang terjadi kira-kira 10% dari klien cedera otak akut selama fase akut. Perawat harus membuat persiapan terhadap kemungkinan kejang dengan menyediakan spatel lidah yang diberi bantalan atau jalan nafas

oral disamping tempat tidur klien, juga peralatan penghisap. Selama kejang, perawat harus memfokuskan pada upaya mempertahankan, jalan nafas paten dan mencegah cedera lanjut. Salah satunya tindakan medis untuk mengatasi kejang adalah pemberian obat, diazepam merupakan obat yang paling banyak digunakan dan diberikan secara perlahan secara intravena. Hati-hati terhadap efek pada system pernafasan, pantau selama pemberian diazepam, frekuensi dan irama pernafasan.

d. Kebocoran cairan serebrospinalis

Adanya fraktur di daerah fossa anterior dekat sinus frontal atau dari fraktur tengkorak basilar bagian petrosus dari tulang temporal akan merobek meninges, sehingga CSS akan keluar. Area drainase tidak boleh dibersihkan, diirigasi atau dihisap, cukup diberi bantalan steril di bawah 25 hidung atau telinga. Instruksikan klien untuk tidak memanipulasi hidung atau telinga.

e. Infeksi

B. Konsep Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri berdasarkan *International Association for the Study of Pain* adalah pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan dimana berhubungan dengan kerusakan jaringan atau potensial terjadi kerusakan jaringan (Kurniawan, 2019).

Nyeri adalah pengalaman sensoris dan emosional yang tidak menyenangkan sehubungan dengan adanya atau berpotensi terjadinya kerusakan jaringan atau tergambarakan seperti ada kerusakan. Nyeri melibatkan aspek persepsi subyektif sehingga nyeri merupakan apa yang dilaporkan pasien (Kemenkes RI, 2018).

2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa hal yaitu berdasarkan onset dan waktu terjadinya nyeri, berdasarkan pathogenesis, intensitas dan penyebabnya (Kurniawan, 2019).

- a. Berdasarkan onset dan waktu perjalanan terjadinya nyeri maka nyeri dapat dibagi sebagai nyeri akut dan nyeri kronik.
- b. Berdasarkan pathogenesis terjadinya nyeri, maka nyeri dapat dibagi sebagai nyeri nosisepsi, nyeri inflamasi dan nyeri neuropatik
- c. Berdasarkan intensitas nyeri, maka nyeri dapat dibagi menjadi nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri hebat.
- d. Berdasarkan penyebabnya, maka nyeri dapat dibagi menjadi nyeri pasca bedah, nyeri trauma, nyeri persalinan, nyeri kanker, nyeri reumatik dan lainnya.

3. Patofisiologi Nyeri Pada Cedera Kepala Ringan

Persarafan sensorik pembuluh intrakranial terutama berasal dari saraf *trigeminal*. Inflamasi steril pada struktur peka nyeri intrakranial dan ekstrakranial menyebabkan makrofag melepaskan berbagai mediator inflamasi. Selain itu sel saraf yang rusak melepaskan *adenosine trifosfat* (ATP) dan proton, dan sel *mast* melepaskan histamin, prostaglandin E2, serotonin, asam *arakhidonat*, *pituitary adenylate cyclase activating peptide* (PACAP) , *nitric oxide* (NO), bradikinin dan ATP. Adanya inflamasi ini menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah yang memicu pelepasan protein plasma, peptida vasoaktif *calcitonin gene related protein* (CGRP) , substansi P, dan *neurokinin A* dan *L glutamate* dari ujung saraf. Semua substansi ini dapat menyebabkan sensitasi *nosiseptor meningeal* dan saraf *trigeminal* (Olesen et al., 2018) .

Rangsangan pada struktur peka nyeri yang terletak di *tentorium serebri* maupun di atasnya akan menimbulkan rasa nyeri menjalar pada daerah di depan garis vertikal yang ditarik dari kedua telinga kiri dan kanan melewati puncak kepala (*frontotemporal dan parietal anterior*). Rangsangan pada struktur yang peka terhadap nyeri di bawah *tentorium*

serebeli, yaitu pada *fossa kranii posterior*, *radiks servikalis* bagian atas, dan cabang-cabang perifernya dapat menyebabkan nyeri di bagian oksipital, suboksipital, dan servikal bagian atas. Nyeri ditransmisikan oleh saraf V, VII, IX, X dan saraf spinal C1, C2, C3. Kadang-kadang *radiks servikalis* bagian atas dapat menyalurkan nyeri ke frontal dan mata *ipsilateral* melalui refleks *trigeminoservikal*. Refleks *trigeminoservikal* adalah refleks polisinaptik melalui *nukleus spinal N. Trigeminal* yang mencapai motor neuron saraf servikal, sehingga nyeri di daerah leher dapat dirasakan sampai ke kepala atau sebaliknya (Kurniawan, 2019).

4. Tanda dan Gejala Nyeri akut pada cedera kepala ringan

Pada pasien cedera kepala ringan yang mengalami nyeri akut, terdapat dua jenis tanda dan gejala, yaitu tanda dan gejala mayor serta minor. Di dalam tanda dan gejala mayor serta minor terdapat penilaian subjektif dan objektif menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) adalah :

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Subjektif
 - Mengeluh nyeri
 - 2) Objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) Gelisah
 - d) Frekuensi nadi meningkat
 - e) Sulit tidur
- b. Gejala dan Tanda Minor
 - 1) Subjektif
 - Tidak terdapat tanda dan gejala secara subjektif
 - 2) Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola nafas berubah
 - c) Nafsu makan berubah
 - d) Proses berpikir terganggu

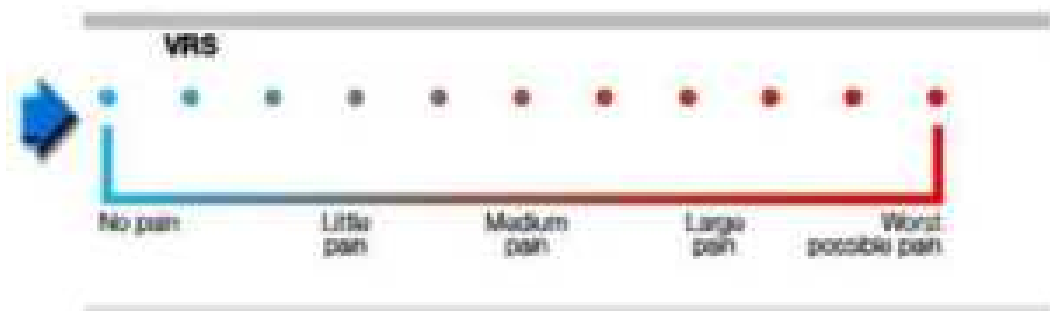
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

5. Penilaian nyeri

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri paska pembedahan yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan (Kurniawan, 2019).



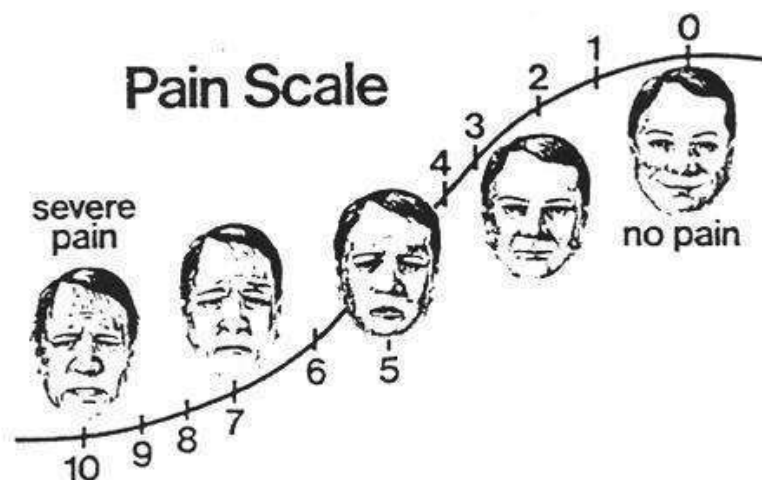
Gambar 2.1 Wong Baker Faces Pain Rating Scale



Gambar 2.2 Verbal Rating Scale



Gambar 2. 3 Numerical Rating Scale



Gambar 2. 4 Visual Analogue Scale

6. Penanganan Nyeri

Penanganan nyeri pasca pembedahan yang efektif harus mengetahui patofisiologi dan *pain pathway* sehingga penanganan nyeri dapat dilakukan dengan cara farmakoterapi (multimodal analgesia), pembedahan, serta juga terlibat didalamnya perawatan yang baik dan teknik non-farmakologi (fisioterapi, psikoterapi) (Kemenkes RI, 2018).

a. Farmakologis

Modalitas analgetik pasca pembedahan termasuk didalamnya analgesik oral parenteral, blok saraf perifer, blok neuroaksial dengan anestesi lokal dan opioid intraspinal. Pemilihan teknik analgesia secara umum berdasarkan tiga hal yaitu pasien, prosedur dan pelaksanaannya. Ada empat grup utama dari obat-obatan analgetik yang digunakan untuk penanganan nyeri pasca pembedahan.

b. Non-Farmakologis

Ada beberapa tindakan non-farmakologi yang dapat dilakukan secara mandiri oleh perawat, yaitu:

1) Stimulasi dan Masase Kutaneus

Masase merupakan stimulasi kutaneus tubuh secara umum yang dipusatkan pada punggung dan tubuh. Masase dapat mengurangi nyeri karena membuat pasien lebih nyaman akibat relaksasi otot.

2) Kompres Dingin dan Hangat

Kompres dingin menurunkan produksi prostaglandin sehingga reseptor nyeri lebih tahan terhadap rangsang nyeri dan menghambat proses inflamasi. Kompres hangat berdampak pada peningkatan aliran darah sehingga menurunkan nyeri dan mempercepat penyembuhan. Kedua kompres ini digunakan secara hati-hati agar tidak terjadi cedera.

3) Transcutaneous Electric Nerve Stimulation (TENS)

TENS dapat digunakan untuk nyeri akut dan nyeri kronis. TENS dipasang di kulit menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar, atau mendengung pada area nyeri. Unit TENS dijalankan menggunakan baterai dan dipasang elektroda.

4) Distraksi

Pasien akan dialihkan fokus perhatiannya agar tidak memperhatikan sensasi nyeri. Individu yang tidak menghiraukan nyeri akan lebih tidak terganggu dan tahan menghadapi rasa nyeri.

5) Teknik Relaksasi

Relaksasi dapat berupa napas dalam dengan cara menarik dan menghembuskan napas secara teratur. Teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri

6) Imajinasi Terbimbing

Pasien akan dibimbing dan diarahkan untuk menggunakan imajinasi yang positif. Dikombinasi dengan relaksasi dan

menggunakan suatu gambaran kenyamanan dapat mengalihkan perhatian terhadap nyeri.

C. Terapi Murottal Al-Quran

1. Definisi Terapi Murottal Al-Quran

Al-Qur'an secara bahasa berasal dari kata qara'a, yaqra'u, wa qur'an yang artinya menghimpun atau mengumpulkan. Al-Qur'an adalah buku pedoman dan kebijaksanaan yang mengandung kesempurnaan bahasa sastra, fitur gaya dan kebijaksanaan superior yang membuktikan banyak kebenaran ilmiah dan kemajuan teknologi pada abad ke-20 dan 21. Al-Qur'an memiliki gaya unik yang tak dapat ditiru dari perspektif sastra. Bahasanya yang jelas dan mudah dipahami membuatnya menarik bagi setiap pembaca atau pendengar. Hal inilah yang membuktikan bahwa Al-Qur'an adalah firman Allah dan sebagai sebuah mukjizat (Septadina et al., 2021).

Murottal Al-Qur'an merupakan rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' (Lilin dan Hesti, 2017). Murottal memiliki irama yang teratur dengan tempo yang konstan. Bacaan Al-Qur'an mengandung isi yang puitis dan pelafalan berirama sehingga nyaman untuk didengar bahkan bagi orang yang tidak terbiasa membaca Al-Qur'an dan nonArab (Septadina et al., 2021).

2. Manfaat Terapi Murottal Bagi Kesehatan

Manfaat media murottal Al Quran dibuktikan dalam berbagai penelitian. Manfaat tersebut di antaranya adalah sebagai berikut (Septadina et al., 2021) :

a. Menurunkan kecemasan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Zahrofi, dkk 2013) dan (Zanzabiela dan Alphianti, 2014) menunjukkan bahwa pemberian pengaruh terapi murottal Al Quran memiliki pengaruh terhadap tingkat kecemasan responden. Pada penelitian tersebut

responden yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat kecemasan yang lebih rendah daripada pasien yang tidak diberikan terapi.

b. Menurunkan perilaku kekerasan

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Widhowati SS, 2010) ini menunjukkan bahwa penambahan terapi audio dengan murottal surah ArRahman pada kelompok perlakuan lebih efektif dalam menurunkan perilaku kekerasan dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan Terapi audio tersebut.

c. Menurunkan nyeri

Murotal Al Quran terbukti dapat menurunkan tingkat nyeri. Hal ini berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hidayah (2013) dan (Handayani dkk, 2014) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi murotal Al Quran terhadap tingkat nyeri. Pada kedua penelitian tersebut kelompok yang diberikan terapi murotal Al Quran memiliki tingkat nyeri yang lebih rendah dibandingkan kelompok yang tidak diberikan terapi murotal Al Quran.

d. Meningkatkan kualitas hidup

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mulyadi dkk (2012) menunjukkan perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup responden sebelum dan sesudah diberikan intervensi bacaan Al Quran secara murotal pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Pada kelompok intervensi, kualitas hidup responden meningkat setelah diberikan murotal Al Quran.

e. Efektif dalam perkembangan kognitif anak autis

Penelitian yang dilakkan oleh (Hady dkk, 2012) menyebutkan bahwa terapi music murotal mempunyai pengaruh yang jauh lebih baik dari pada terapi musik klasik terhadap perkembangan kognitif anak autis.

3. Murottal Al-Qur'an dan Nyeri

Murottal mempengaruhi sistem limbik yang merupakan pusat pengatur emosi. Dari limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus,

tempat salah satu ujung hipokampus berbatasan dengan nuklei amigdala. Amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, menerima sinyal dari korteks limbik lalu menjalarkannya ke hipotalamus. Di hipotalamus yang merupakan pengaturan sebagian fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti halnya banyak aspek perilaku emosional, jaras pendengaran diteruskan ke formatio retikularis sebagai penyalur impuls menuju serat saraf otonom. Serat tersebut mempunyai dua sistem saraf, diantaranya sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis. Kedua sistem saraf ini mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organorgan. Dengan muottal maka sistem saraf otonom ini dapat memerintahkan tubuh untuk melakukan relaksasi, sehingga timbulah ketenangan (Septadina et al., 2021)

D. Konsep Relaksasi Napas Dalam

1. Pengertian Relaksasi Napas Dalam

Terapi relaksasi adalah teknik yang didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis (Mulki et al., 2020). .

Relaksasi napas dalam merupakan suatu teknik relaksasi seederhana dimana paru-paru dibiarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin. Napad dalam berbeda dengan hiperventilasi, karena relaksasi napas dalam merupakan gaya pernapasan yang pada dasarnya lambat, dalam dan rileks yang memungkinkan seseorang merasa lebih tenang (Mulki et al., 2020). .

2. Manfaat Latihan Relaksasi Napas Dalam

Manfaat teknik relaksasi napas dalaam adalah sebagai berikut (Mulki et al., 2020). :

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah

- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik.

3. Mekanisme Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam merupakan suatu usaha melakukan inspirasi dan ekspirasi secara maksimal sehingga menstimulasi reseptor regang paru secara perlahan. Hal tersebut berpengaruh terhadap peregangan kardiopulonari dan memicu peningkatan refleksi baroreseptor yang dapat merangsang saraf parasimpatis dan menghambat saraf simpatis. Saraf parasimpatis akan menurunkan dan menaikkan semua fungsi yang dinaikkan dan diturunkan oleh saraf simpatis. Dari hal tersebut dapat secara perlahan akan terjadi dilatasi pembuluh darah (arteri) dan melancarkan peredaran darah yang memungkinkan terjadinya peningkatan oksigen ke semua jaringan tubuh (Mulki et al., 2020).

Peningkatan oksigen dalam tubuh memungkinkan aktivitas dalam tubuh dapat berjalan dengan baik. Sehingga dari relaksasi napas dalam akan menstimulasi reseptor regang paru untuk menimbulkan rangsang atau sinyal yang dapat dikirim ke otak untuk memberikan informasi mengenai peningkatan aliran darah. Informasi tersebut mengakibatkan saraf parasimpatis mengalami peningkatan aktivitas sementara saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas pada kemoreseptor. Akibatnya, terjadi respon akut peningkatan tekanan darah yang akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi sejumlah pembuluh darah. Mekanisme informasi yang dikirim ke otak akan mengalami proses yang masih panjang. Aksis Hypothalamus Pituitary Adrenal (HPA) yang ada di otak merupakan pengatur sistem neuroendokrin, metabolisme, serta gangguan perilaku. HPA ini terdiri dari 3 komponen, yaitu: Corticotropin Releasing Hormone (CRH), Adenocorticotropin Hormone (ACTH), dan kortisol. CRH akan menstimulasi ACTH dan selanjutnya ACTH menstimulasi

korteks aarenal ntuk menghasilkan kortisol yang dapat mengatur keseimbangan sekresi CRH dan ACTH. HPA dan serotonergik berkaitan erat dimana sistem limbik mengatur aktivitas tubuh, seperti: bangun atau terjaga dari tidur, rasa lapar, emosi, dan pengaturan mood (Mulki et al., 2020). .

Pembahasan tentang sistem limbik, di sinaps sistem limbik sendiri terdapat eucurotransmitter sebagai reseptor agen antiansietas alami tubuh yaitu Camma Amino Sutyric Acid (GABA). GABA sendiri dapat mengurangi eksitabilitas sel sehingga mengurangi frekuensi bangkitan neuron. Selain tempat memproduksi GABA, di sinaps sistem limbik dan lokus seruleus juga sebagai tempat produksi neurotransmitter norepinefrin yang menstimulasi sel. GABA sendiri mengurengi ansietas sedangkan norepinefrin menirgkatkan ansietas. Selain norepinefrin, serotonin juga sebagai neurotransmitter indolamin yang biasanya terlibat dalam psikosis, dan gangguan mood. Salah atu tipe serotonin yakni 5-HT1a berperan dalam terjadinya ansietas dan memengaruhi agresi dan mood. Serotonin diyakini berperan dalam gangguan panik dan ansietas. Sedangkan norepinefrin yang berlebihan dicurigai ada pada gangguan panik, gangguan ansietas, dan gangguan stress (Mulki et al., 2020). .

E. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala

1. Pengkajian

Hal-hal yang harus dikaji dalam proses pengkajian keperawatan, yaitu

a. Identitas Data

- 1) Identitas Pasien meliputi nama, tempat/tanggal lahir, usia, jenis kelamin, alamat, tanggal masuk rumah sakit, nomor RM, tanggal pengkajian.
- 2) Identitas Penanggung Jawab meliputi nama ayah/ibu, pekerjaan ayah pekerjaan ibu, pendidikan ayah, pendidikan ibu agama, alamat dan suku/bangsa.

b. Keluhan utama

Terjadi penurunan kesadaran, letargik, mual dan muntah, nyeri kepala, wajah tidak simetris, lemah, sulit beristirahat, sulit mencerna dan menelan makanan (Akhyar et al., 2023).

c. Riwayat kesehatan sekarang

Adanya penurunan kesadaran, letargi, mual, muntah, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, paralisis, perdarahan, fraktur, hilang keseimbangan, amnesia seputar kejadian, sulit beristirahat, kesulitan mendengar, mengecap dan mencium bau, sulit menelan/mencerna makanan .

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah mengalami penyakit system persarafan, riwayat cedera masa lalu, riwayat penyakit sistemik/pernafasan kardiovaskuler dan metabolik.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit menular dan riwayat penyakit keturunan.

f. Pola kesehatan sehari-hari

1) Nutrisi

Mual dan muntah, gangguan mencerna/menelan makanan, kaji bising usus (Akhyar et al., 2023).

2) Eliminasi BAK dan BAB

Terjadi inkontinensia, konstipasi.

3) Istirahat

Terjadi gangguan pola tidur, mobilisasi.

4) Aktivitas

Lemah, kelelahan.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Biasanya pada pasien dengan cedera kepala pada umumnya mengalami penurunan kesadaran (Akhyar et al., 2023)

2) Pemeriksaan head to toe

- a) Kepala : Biasanya ada luka atau laserasi pada kulit kepala
- b) Mata : biasanya mata simetris kiri kanan dan inspeksi konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, reflek pupil
- c) Hidung : biasanya ada pernapasan vuping hidung
- d) Telinga : inspeksi apakah ada darah yang keluar dari telinga
- e) Mulut : biasanya bibir pasien pucat dan kering
- f) Leher : observasi adanya cedera servikal dan observasi vena jugularis
- g) Dada : inspeksi dinding dada, kaji kualitas dada, kaji kualitas dan kedalaman pernafasan, kaji kesimetrisan pergerakan dinding dada dan auskultasi bunyi nafas
- h) Abdomen : inspeksi ada luka, catat adanya distensi dan adanya memar khususnya di organ vital seperti limfa dan hati, auskultasi bising usus
- i) Ekstremitas : inspeksi adanya perdarahan, edema, nyeri di ekstermitas, cek CRT dan cek reflek seperti bisep, trisep dan patella.

(Akhyar et al., 2023)

3) Fungsi Motorik

Biasanya pada pasien cedera kepala kekuatan ototnya berkisar antara 0 sampai 4 tergantung tingkat keparahan cedera kepala yang dialami pasien.

4) Aspek neurologis

- a) Kaji GCS : biasanya pasien cedera kepala GCS nya tergantung berat, sedang, ringannya (cedera kepala ringan 14-15, cedera kepala sedang 9-13, cedera kepala berat 3-8)
- b) Perubahan status mental
- c) Nervus carnialis (biasanya pasien yg mengalami cedera kepala pola bicara abnormal)
- d) Perubahan pupil atau penglihatan kabur, diplopia, foto pobia, kehilangan sebagian lapang pandang
- e) Perubahan tanda – tanda vital : biasanya tekanan darah pasien cedera kepala naik/turun
- f) Biasanya pasien mengalami gangguan pengecap dan penciuman, serta pendengaran
- g) Pasien mengalami adanya tanda – tanda peningkatan TIK seperti : penurunan kesadaran, gelisah letargi, sakit kepala, muntah proyektif, pelambatan nadi, pelebaran tekanan nadi, peningkatan tekanan darah sistolik

5) Aspek kardiovaskuler

Biasanya pasien mengalami perubahan TD, denyut nadi tidak teratur, TD naik, TIK naik

6) Aspek Respirasi

Biasanya pasien mengalami perubahan pola nafas (apnea yang diselingi oleh hiperventilasi), irama dan frekuensi nafas lemah

7) Pengkajian psikologis

Biasanya pasien mengalami gangguan emosi terhadap penyakit yang dideritanya, elirium, perubahan tingkah laku atau kepribadian

8) Nyeri / kenyamanan

Biasanya pasien mengalami nyeri kepala dengan intensitas dan lokasi berbeda, respon menarik pada rangsangan nyeri yang hebat, gelisah

h. Pemeriksaan Nervus cranial

1) N.I (Olfaktorius)

Adanya mengalami penurunan daya penciuman atau tidak

2) N.II (Optikus)

Pada trauma frontalis memperlihatkan terjadi penurunan penglihatan

3) N. III (okulomotorius) ,IV (trokhlearis), VI (abducens)

Menyebabkan penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor.

4) N.V (trigeminus)

Apakah adanya gangguan mengunyah atau tidak

5) N.VII (Fasialis)

Mengalami gangguan lemahnya penutupan kelopak ata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah

6) N.VIII (Akustikus)

Pasien mengalami penurunan pendengaran dan keseimbangan tubuh

7) N.IX (glosofaringeus), X (vagus), XI (assesorius)

Gejala tersebut jarang ditemukan karena penderita akan meninggal apabila trauma mengenai saraf tersebut. Adanya cekungan karena kompresi pada nervus vagus, yang menyebabkan kompresi spasmodic dan diafragma. Cekungan yang terjadi biasanya akan mengalami oeningkatan intrakranial.

8) N. XII (hipoglosus)

Gejala biasa timbul adalah jatuhnya lidah kesalah satu sisi, disfagia dan disartria. Hal ini akan menyebabkan kesulitan menelan (Rendi dan Margareth, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala
- b. Risiko ketidakseimbangan cairan b.d trauma/perdarahan
- c. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
- d. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neurologis (cedera kepala) d.d pola napas abnormal (takipnea)

3. Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	Perfusi serebral L.02014 Ekspektasi : meningkat kriteria hasil: 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Kognitif meningkat 3) Tekanan intra kranial menurun 4) Kesadaran membaik 5) Reflek saraf membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial I.06194 a. Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3) Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4) Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu 5) Monitor PAWP, jika perlu 6) Monitor PAP, jika perlu 7) Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika perlu 8) Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>) 9) Monitor gelombang ICP 10) Monitor status pernapasan 11) Monitor intake dan output cairan 12) Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi)

			<p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 2) Berikan posisi semi fowler 3) Hindari manuver valsava - Cegah terjadinya kejang. 4) Hindari penggunaan PEEP 5) Hindari pemberian cairan IV hipotonik 6) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal - Pertahankan suhu tubuh normal. <p>c. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i> 2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, <i>jika perlu</i> 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
2.	Risiko ketidakseimbangan cairan b.d trauma/perdarahan	<p>Keseimbangan Cairan L.03020</p> <p>Ekspektasi : meningkat kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan cairan meningkat 2) Kelembaban membrane mukosa meningkat 3) Edema menurun 4) Konfusi menurun 5) Tekanan darah membaik 6) Membrane mukosa membaik 7) Turgor kulit membaik 	<p>Manajemen Cairan I.03098</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor status hidrasi (mis. Frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2) Monitor berat badan harian 3) Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5) Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP <i>jika tersedia</i>) <p>b. Terapeutik</p>

			<ol style="list-style-type: none"> 1) Catat <i>intake-output</i> dan hitung balans cairan 24 jam 2) Berikan asupan cairan, <i>sesuai kebutuhan</i> 3) Berikan cairan intravena, <i>jika perlu</i> <p>c. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian diuretik, <i>jika perlu</i>
3.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>Tingkat Nyeri L.08066 Ekspektasi : Menurun kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Frekuensi nadi membaik 4) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 5) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 6) Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat 	<p>Manajemen Nyeri I.08238</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi respon nyeri non verbal 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 5) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal)) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur)

			<p>c. Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>d. Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgesik</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun (Rahmadani, 2018)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan (Bachrudin & Najib, 2016).

Proses akhir dari asuhan keperawatan

- S : Respon subjektif berdasarkan keluhan dan perasaan yang dirasakan oleh pasien
- O : Respon objektif yang didapat dari hasil observasi
- A : Analisa situasi dari masalah keperawatan
- P : Intervensi selanjutnya, apakah rencana keperawatan di berikan di lanjutkan atau di hentikan

F. Evidence based Nursing (EBN)

1. Pengantar Jurnal

a. Murottal Al Quran

1) Definisi Terapi Murottal

Murottal Al-Qur'an merupakan sebuah rekaman suara yang dilantunkan oleh qori' atau qori'ah. Murottal menghasilkan suara manusia sehingga dapat mengurangi tingkat stres, dan

mengaktifkan hormon relaksasi seperti endorfin sehingga dapat meningkatkan perasaan relaksasi, dan dapat menjadi alat penyembuhan yang sangat baik.(Aprilini, M., Mansyur, Y., & Ridfah, 2019).

2) Efek Terapi Murottal

Lantunan Al-Qur'an secara fisik mengandung unsure suara manusia, suara manusia merupakan instrument penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon- hormon stres, mengaktifkan hormone endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak, Terapi mendengarkan murottal Al-Qur'an memiliki pengaruh terhadap penurunan rasa nyeri di karenakan kemampuan berupa adaptasi kognitif yang mampu mengontrol rasa nyeri hingga pada batas yang dapat ditoleransi Nisti, Andriyani & Hartutik (2018).

Terapi murottal al-qur'an yang digunakan yaitu surat Ar-Rahman. Surat Ar-Rahman memiliki arti Yang Maha Pemurah, surat ini terdiri dari 78 ayat. Surat ini merupakan surat kasih sayang yang memiliki ayat yang pendek sehingga ayat ini nyaman untuk didengarkan dan dinikmati karena akan menimbulkan efek relaksasi oleh pendengar. Ar-Rahman adalah salah satu dari nama-nama Allah swt. yang berarti Maha pemurah atau kasih sayang. Sebagian besar dari surat ini menerangkan bagaimana Allah sebagai Dzat yang maha pemurah kepada hamba-Nya yaitu dengan memberikan nikmat yang tak terhingga. Ayat yang diulang sampai 31 kali yang memiliki arti yaitu "Maka nikmat tuhan kamu manakah yang

kau dustakan” yang memiliki makna tentang mengajarkan rasa syukur yang harus kita lakukan setiap saat kepada tuhan.

b. Nafas dalam

1) Definisi Relaksasi Nafas dalam

Relaksasi napas dalam merupakan suatu teknik relaksasi sederhana dimana paru-paru dibiarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin. Napad dalam berbeda dengan hiperventilasi, karena relaksasi napas dalam merupakan gaya pernapasan yang pada dasarnya lambat, dalam dan rileks yang memungkinkan seseorang merasa lebih tenang (Mulki et al., 2020). .

2) Mekanisme Relaksasi Nafas dalam

Peningkatan oksigen dalam tubuh memungkinkan aktivitas dalam tubuh dapat berjalan dengan baik. Sehingga dari relaksasi napas dalam akar menstimulasi reseptor regang patu untuk menimbulkan rangsang atau sinyal yang dapat dikirim ke otak untuk memberikan informasi mengenai peningkatan aliran darah. Informasi tersebut mengakibatkan saraf parasimpatis mengalami peningkatan aktivitas sementara saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas pada kemoreseptor. Akibatnya, terjadi respon akut peningkatan tekanan darah yang akan menurunkan frekuensi denyut jantung dan terjadi vasodilatasi sejumlah pembuluh darah. Mekanisme informasi yang dikirim ke otak akan mengalami proses yang masih panjang. Aksis Hypothalamus Pituitary ACrenal (HPA) yang ada di otak merupakan pengatur sistem neuendokrin, metabolisme, serta gangguan perilaku. HPA ini terdiri dari 3 komponen, yaitu: Corticotropin Releasing Hormone (CRH), Adenocorticotropin Hormone (ACTH), dan kortisol. CRH akan menstimulasi ACTH dan selanjutnya ACTH menstimulasi kortes aarenal ntuk menghasilkan kortisol yang dapat mengatur keseimbangan

sekresi CRH dan ACTH. HPA dan serotonergik berkaitan erat dimana sistem limbik mengatur aktivitas tubuh, seperti: bangun atau terjaga dari tidur, rasa lapar, emosi, dan pengaturan mood (Mulki et al., 2020).

Pembahasan tentang sistem limbik, di sinaps sistem limbik sendiri terdapat ecurotransmitter sebagai reseptor agen antiansietas alami tubuh yaitu Camma Amino Sutytic Acid (GABA). GABA sendiri dapat mengurangi eksitabilitas sel sehingga mengurangi frekuensi bangkitan neuron. Selain tempat memproduksi GABA, di sinaps sistem limbik dan lokus seruleus juga sebagai tempat produksi neurotransmitter norepinefrin yang menstimulasi sel. GABA sendiri mengurengi ansietas sedangkan norepinefrin menirgkatkan ansietas. Selain norepinefrin, serotonin juga sebagai neurotransmitter indolamin yang biasanya terlibat dalam psikosis, dan gangguan mood. Salah atu tipe serotonin yakni 5-HT1a berperan dalam terjadinya ansietas dan memengaruhi agresi dan mood. Serotonin diyakini berperan dalam gangguan panik dan ansietas. Sedangkan norepinefrin yang berlebihan dicurigai ada pada gangguan panik, gangguan ansietas, dan gangguan stress (Mulki et al., 2020)..

c. Standar Operasional Prosedur Terapi Murottal

Tabel 2. 2 Standar Operasional Prosedur Terapi Murotal

Tahap	Prosedur
Fase Pra Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek catatan keperawatan atau catatan medis pasien 2. Menyiapkan alat- alat 3. Mengidentifikasi faktor atau kondisi yang dapat menyebabkan nyeri

Fase Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam 2. Mengidentifikasi pasien 3. Menjelaskan tujuan prosedur 4. Mengontrak waktu dan persetujuan pasien
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Menanyakan keluhan utama pasien 3. Menjelaskan kepada klien cara menilai skala nyeri dan menjelaskan prosedur terapi dan kegunaanya 4. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya 5. Meminta klien untuk menyebutkan skala nyeri yang dirasakan sekarang 6. Menjaga privasi pasien 7. Membantu pasien untuk memilih posisi yang nyaman 8. Membatasi stimulasi eksternal seperti cahaya, suara, pengunjung, panggilan telepon selama mendengarkan murottal 9. Mengajarkan pasien teknik nafas dalam dengan cara menarik nafas dari hidung selama 3 detik dan tahan selama 4 detik lalu hembuskan dari bibir perlahan 10. Meminta pasien melakukan nafas dalam 11. Mendekatkan handphone kedekat pasien 12. Memastikan handphone dalam kondisi baik 13. Menyalakan murottal yang akan diputar selama 15 menit dan di putar bila nyeri, pasien di perbolehkan tutup mata untuk menambahkan konsentrasi. 14. Mengatur volume suara yang sesuai 15. Menghindari menghidupkan murottal dan meninggalkannya dalam waktu yang lama 16. Setelah selesai memutar murottal pasien boleh membuka mata dan melakukan nafas dalam

Fase Terminasi	<ol style="list-style-type: none">1. Meminta klien untuk menyebutkan skala yang dirasakan setelah terapi2. Mengevaluasi hasil kegiatan3. Memberikan umpan balik4. Kontrak waktu selanjutnya5. Membereskan alat- alat
Fase Dokumentasi	Mendokumentasikan hasil kegiatan

Sumber : (Andoko et al., 2021)

2. Analisis Jurnal

Analisis jurnal menggunakan metode PICO seperti tabel dibawah ini :

Tabel 2. 3 Analisis Jurnal

Metode Analisis Jurnal	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4
Judul	Terapi Murottal Al-Qur'an Surat Ar- Rahman Untuk Menurunkan Intensitas Skala Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang	Pengaruh Terapi Murottal Terhadap Skala Nyeri Kepala Pada Klien Cedera Kepala Di Rsu Prof. Dr. Margono Soekarjo Dan Rsud Banyumas	Pengaruh Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Bedah Umum Rsud Ulin Banjarmasin	Asuhan keperawatan komprehensif pada klien cedera kepala sedang dengan terapi komplementer murottal
Penulis	Aufa Laila Nihla & Nury Sukraeny , Tahun 2023	Arif Hendra Kusuma, Agus Setiawan, Tahun 2020	Noor Khalilati & Muhammad Humaidi, Tahun 2020	Andoko, Rika Yulendasari, Yessy , Tahun 2021
P (Problem)	Meningkatnya angka kejadian cedera kepala pada setiap tahunnya. Keluhan yang	Cedera kepala dapat menyisakan tanda ataupun gejala somatik yang berupa	50% penderita trauma adalah penderita trauma kepala. Pada pasien cedera kepala keluhan	Trauma kepala merupakan kejadian yang sangat sering dijumpai. Keluhan yang sering

	paling sering dirasakan dan di keluhkan pasien adalah rasa nyeri	nyeri kepala. Nyeri kepala pada klien menimbulkan perasaan tidak nyaman dan akan berpengaruh terhadap aktivitasnya	utama yang biasa dikeluhkan adalah nyeri	dirasakan pada pasien dengan trauma kepala adalah nyeri kepala
I (intervention)	Penelitian ini menerapkan description study dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan. penelitian mempunyai 3 responden dengan kriteria inklusi berusia >17 tahun dengan GCS 13-15 dengan skala nyeri > 3 dan beragama islam. Terapi yang diberikan adalah terapi Murotal Al-Qur'an selama 3 hari dengan durasi 15 menit dilakukan 2 kali per hari dilakukan selama hari. Dalam studi	Penelitian ini menggunakan rancangan Quasi - eksperimental melalui pendekatan pretest-posttest control grup design (11 responden kelompok intervensi dan 11 responden kelompok kontrol). Kriteria inklusi responden meliputi pasien cedera kepala, usia > 13 tahun, GCS 13-15, ada keluhan nyeri, beragama Islam. Intrument pengukuran skala nyeri menggunakan <i>Visual Analogue Scale (VAS)</i> .	Penelitian ini adalah penelitian <i>quasy eksperimen</i> dengan metode <i>one group pre-test posttest design</i> . Terapi murottal Al-Quran yang di berikah adalah Surah Ar-rahman selama 15 menit dilakukan 1 kali sehari selama 3 hari. Pengukuran skala nyeri menggunakan <i>numeric rating scale(NRS)</i> yang dilakukan sebelum dan sesudah diberikan tindakan terapi mendengarkan murottal Al-Qur'an. Skala numerik digunakan sebagai	Tahap Persiapan Melakukan pengecekan program terapi pilih ruangan yang tidak ada gangguan orang lain, yang nyaman, sejuk, sunyi dan tidak bising. Pilihlah posisi berbaring. Tahap Pelaksanaan Meminta pasien melakukan relaksasi nafas dalam,Setelah relaksasi nafas selesai, kemudian pasangkan headset yang sudah disambungkan dengan HP di kedua telinga. Jika tidak punya headset cukup

	<p>kasus ini, penulis menggunakan VAS (Visual Analog Scale) untuk mengukur skala nyeri yang dirasakan oleh responden.</p>	<p>pada kelompok intervensi di berikan terapi murottal AlQuran surat Ar-rohman selama 30 menit dengan MP3 player setidaknya 2 jam setelah pemberian analgetik.</p>	<p>pengganti alat pendeskrisian kata.</p>	<p>putar murottal langsung dari HP. Nyalakan murottal, sambil menutup mata juga boleh agar anda bias lebih konsentrasi. Lalu konsentrasikan pikiran anda hanya kelantunan lafadz murottal yang sudah dinyalakan atau berbunyi tersebut. Dengarkan murottal dengan surah Ar-rahman dengan durasi 15 menit dengan tempo 79,8 beats per minute (bpm). Tempo 79,8 bpm merupakan tempo yang lambat. Setelah buka mata anda lalu tarik nafas kembali lewat hidung dan buang lewat mulut.</p> <p>Evaluasi</p> <p>Penerapan murottal ditemani oleh keluarganya. Setting</p>
--	---	--	---	--

				tempat dilakukan di teknik terapi murottal dan menyiapkan alat yang di butuhkan. Pelaksanaan kegiatan selama 1 hari .
C (Comparison)	Penelitian terapi murotal Al-Qur'an surat Ar-Rahman pernah dilakukan oleh (Kusuma et al., 2019) untuk menurunkan intensitas skala nyeri yang terjadi pada kepala pada pasien cedera kepala sebanyak 22 responden yang sebelum diberikan terapi murotal Al-Qur'an nyeri yang terjadi pada kepala dengan rata-rata nyeri berada di skala 4,82, namun setelah diberi penerapan skala nyeri turun di skala 2,27. Sehingga selisih	Menurut (Andoko., Yulendasari, R., & Rachmawati, 2021) sebelum diberikan terapi murotal rata-rata nilai skala nyeri yang terjadi pada kepala pada pasien cedera kepala sebesar 6, namun setelah dilakukan intervensi yang pertama rata-rata nilai skala nyeri yang terjadi pada kepala turun menjadi 5. Dan saat dilakukan intervensi murotal kedua rata-rata nilai skala nyeri yang terjadi pada kepala menurun menjadi angka	Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wiji (2016) bahwa Setelah diberikan distraksi audio: murottal Al-Qur'an dari 31 responden 23 orang (74,2%) mengalami nyeri ringan, dan 8 orang (25.8%) mengalami nyeri sedang.	penelitian yang dilakukan oleh (Khalilati & Humaidi, 2019), terapi murotal dilakukan pada 20 responden yang sebelum diberikan terapi murotal Al-Qur'an intensitas skala nyeri yang terjadi pada kepala berada di angka 4,60. Namun, setelah diberikan terapi murotal nyeri yang terjadi pada kepala turun menjadi 2,25

	penurunan skala nyeri yang terjadi pada kepala sebesar 2,55.	4 dengan selisih penurunan nyeri 1 skala		
O (Outcome)	Nyeri yang terjadi pada kepala yang dirasakan pada ketiga responden yang diakibatkan karena cedera kepala dalam studi kasus ini adalah nyeri dengan skala sedang yakni skala 40 mm – 60 mm dan setelah dilakukan penerapan sebanyak 2 hingga 3 kali dalam sehari turun menjadi skala 30 mm hingga 40 mm.	Hasil penelitian didapatkan nilai rata-rata skala nyeri pada kelompok intervensi sebelum dilakukan perlakuan sebesar 4,82 dan nilai rata-rata skala nyeri setelah diberikan perlakuan sebesar 2,27. Jadi Ada perbedaan yang signifikan skala nyeri kepala sebelum dan setelah diberikan terapi murotal pada pasien cedera kepala di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dan RSUD Banyumas dengan nilai P value 0,001 ($\alpha < 0,05$).	Setelah dilakukan terapi mendengarkan murottal Al-Qur'an didapatkan jumlah responden yang mengalami tingkat skala nyeri ringan yaitu sebanyak 18 orang (90%). Hasil analisis pada penelitian ini ialah adanya perubahan tingkat skala nyeri setelah dilakukan terapi mendengarkan murottal al-qur'an pada pasien cedera kepala	Hasil penelitian ini adalah Pasien tampak menahan sakit dan memegang kepalanya, skala nyeri 4, intervensi yang dilakukan di dapatkan hasil bahwa terdapat penurunan dari pelaksanaan murottal, sebelum dilakukan intervensi skala nyeri 6, setelah dilakukan intervensi 1 skala nyeri 5, setelah dilakukan intervensi 2 skala nyeri 4, maka ada penurunan 2 skala nyeri setelah dilakukan intervensi.

BAB III

METODE KARYA TULIS AKHIR

A. Jenis dan Desain Penelitian

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 mendokumentasikan gambaran klinis yang mempunyai manifestasi yang tidak biasa atau jarang (Nurdin & Hartati, 2019).

B. Waktu dan Tempat

Penelitian telah dilakukan di diruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai bulan April sampai Juni 2024. Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari.

C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN

Proses pemilihan EBN menggunakan metode pencarian artikel yang digunakan dalam penelitian karya tulis akhir ini yaitu menggunakan Google Scholar, Pubmed dan Pro Quest. Kriteria pada telusuri jurnal yaitu jurnal yang telah terindeks nasional dan internasional dalam kurun waktu kurang dari 5 tahun. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian ini yaitu terapi murtal, nyeri, cedera kepala.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Notoatmodjo, 2018). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu seluruh pasien cedera kepala yang berada diruangan Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Berdasarkan laporan Katim A dan B di ruangan Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang pada bulan April pasien cedera kepala sebanyak 9 orang

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 (Syapitri et al., 2021). Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien cedera kepala ringan diruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang.

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 ringan yang mengalami nyeri akut
- 2) Pasien kooperatif dan memiliki kesadaran penuh dengan GCS 13-15
- 3) Pasien bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent saat pengambilan data dan dalam memberikan asuhan keperawatan.

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 yang memiliki gangguan pendengaran

Sampel dalam karya tulis akhir ini adalah 2 orang pasien dengan diagnosa yang sama yaitu Cidera kepala GCS 13-15 dari 9 pasien cedera kepala ringan diruang Bedah Wanita RSUP. Dr. M. Djamil Padang

sebagai perbandingan intervensi, 7 orang pasien lainnya adalah pasien dengan cedera kepala ringan dengan diagnosa medis berbeda. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan menggunakan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kesesuaian dengan maksud dan tujuan penelitian (Syapitri et al., 2021).

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 adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Nursalam 2016). 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). Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan

ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam 2016). Wawancara dan observasi yang dilakukan kepada pasien dan keluarga meliputi biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital.

Langkah-langkah dalam pengumpulan data pada karya ilmiah akhir ners ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan skrining (identifikasi pasien) diruang Trauma center RSUP. Dr. M. Djamil Padang
- b. Melakukan pendekatan secara informal kepada pasien yang dipilih sebagai responden kasus kelolaan dengan menjelaskan maksud dan tujuan, terapi murottal Al-Qur'an dan relaksasi nafas dalam, serta memberikan lembar persetujuan. Jika pasien bersedia untuk diberikan terapi, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika pasien menolak untuk diberikan terapi, maka peneliti tidak memaksa dan menghormati haknya.
- c. Pasien yang bersedia untuk diberikan terapi murottal akan dilakukan pengkajian keperawatan dengan cara wawancara dan observasi, biodata, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan fisik.

F. Instrumen

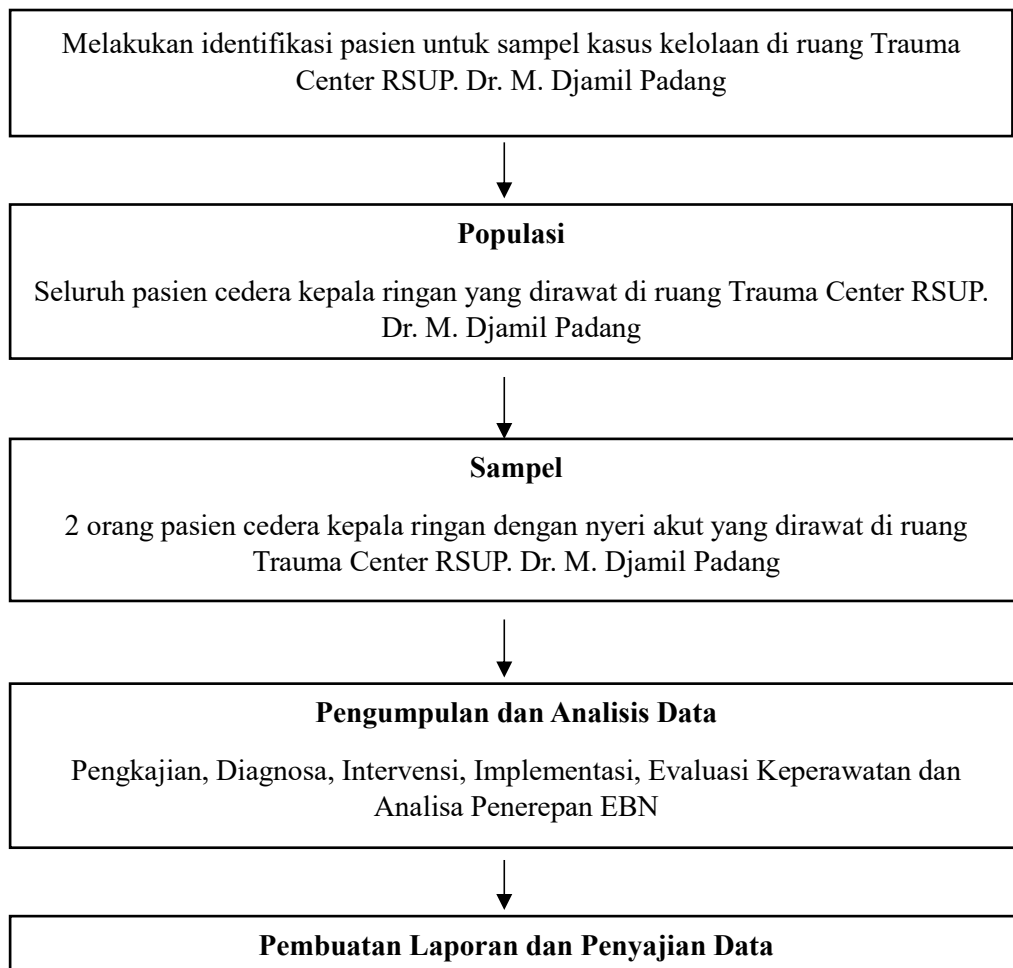
Instrument pengumpulan data yang digunakan pada karya tulis akhir ners ini berupa format pengkajian pada asuhan keperawatan pasien untuk memperoleh data biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik dan hasil skoring VAS (Visual Analogue Scale) yang dilakukan oleh peneliti dan juga hasil skoring (NRS) Numerical Rating Scale yang di peroleh atau di ungkapkan dari pasien secara langsung. Rating skala nyeri yaitu dari angka 1 sampai 10 dan dapat di klasifikasikan sebagai berikut:

- a. Skala 1 = tidak ada nyeri

- b. Skala 2-4 = nyeri ringan, dimana klien belum mengeluh nyeri atau nyeri masih dapat ditolerir karena masih dibawah ambang rangsang
- c. Skala 5-6 = nyeri sedang, dimana klien mulai merintih dan mengeluh ada yang sambil menekan pada bagian yang nyeri
- d. Skala 7-9 = termasuk nyeri berat, klien mungkin mengeluh sakit sekali dan klien tidak mampu melakukan kegiatan biasa
- e. Skala 10 = termasuk nyeri yang sangat berat, pada tingkat ini klien tidak dapat lagi mengenal dirinya.

G. Prosedur Karya Tulis Akhir

Bagan 3. 1 Prosedur Karya Tulis Akhir



H. Analisis Data

Pengolahan dan analisis data pada karya tulis akhir ners ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisis data dilakukan dengan mengemukakan fakta dan membandingkan dengan teori yang ada kemudian dituangkan dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah teknik analisis naratif dengan cara menguraikan jawaban-jawaban dan hasil pengamatan yang diperoleh dari hasil studi dokumentasi secara mendalam sebagai jawaban dari rumusan masalah (Notoatmodjo, 2018). Berikut ini merupakan urutan dalam analisis pada karya ilmiah akhir ners ini meliputi :

1. Reduksi data

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

2. Penyajian data

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Magang untuk penelitian yang dilakukan pada tanggal 16 april sampai 04 mei 2024 di Ruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Berdasarkan data pasien dalam laporan Katim A dan B pada bulan April 2024 jumlah pasien Cidera Kepela sebanyak 9 orang. Pasien partisipan dipilih berdasarkan diagnosa medis yang sama dan sesuai dengan kriteria inklusi penelitian, kedua partisipan tersebut adalah Ny. Y dan Ny. E. Penelitian akan dilakukan selama 5 hari. Pada parsiapan 1 (Ny. Y) akan dilakukan penelitian mulai dari tanggal 18 April sampai 22 April 2024 sedangkan partisipan 2 (Ny. E) akan dilakukan penelitian mulai dari tanggal 25 April sampai 29 April 2024. Asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada penelitian ini dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi serta pemeriksaan fisik.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dimulai dari awal masuk ruangan trauma center tanggal 18 April 2024 pada partisipan 1 Ny. Y yang berumur 51 tahun dengan diagnosa CK GCS 14 +VL er Temporooccipital dextra (post hecting). Pengkajian keperawatan pada partisipan 2 di mulai dari awal masuk ruangan trauma center tanggal 25 April 2024 pada Pasien yang berumur 49 tahun dengan diagnosa CK GCS 15 +VL er parietal sinistra (post hecting). Hasil penelitian tentang pengkajian didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi pada kedua partisipan dituangkan pada tabel sebagai berikut :


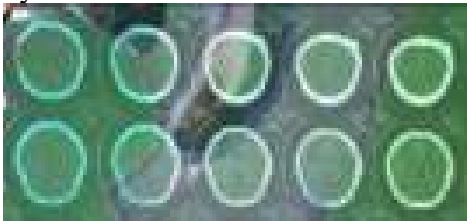
Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan

Pengkajian	Partisipan 1	Partisipan 2
Identitas pasien	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang Perempuan, Ny.Y berumur 51 tahun, beragama islam, nomor RM. 01.21.XX.XX dengan diagnosa CK GCS 14 +VL er Temporooccipital dextra (post hecting).	Studi dokumentasi dan wawancara : Seorang Perempuan, Ny.E berumur 49 tahun yang beragama islam dengan nomor RM 01.21.XX.XX dengan diagnosa medis CK GCS 15 +VL er parietal sinistra (post hecting).
Keluhan utama	Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 18 April 2024 pukul 02. 09 WIB dengan keluhan nyeri kepala setelah kecelakaan lalu lintas	Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 25 April 2024 pukul 07. 26 WIB dengan keluhan nyeri kepala setelah kecelakaan lalu lintas
Riwayat kesehatan sekarang	Pasien masuk ruangan pukul 05.30 dan dilakukan pengkajian pukul 09.40 WIB. Pasien mengatakan nyeri kepala post kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mula kejadian, pasien berboncengan dengan anaknya Tn.F menggunakan sepeda motor, pasien terjatuh ke aspal lalu kepala terbentur ke tanah. Tn.F mengatakan pasien sempat tidak sadarkan diri selama 30 menit, terdapat luka robek post hecting dibelakang kepala sepanjang 10 cm, setelah kejadian tersebut pasien mengatakan ia mual muntah tampak sudah 4 kali muntah ± 200 cc, pusing, tampak bingung, tidak kejang dan tidak sesak nafas. Pasien tampak sering menutup mata, gelisah dan meringis kesekitan. Pengkajian nyeri : P : pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi kepala Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : Pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien Mengatakan skala nyeri 6. T :	Pasien masuk ruangan pukul 10.00 dan dilakukan pengkajian pukul 10.30 WIB. Pasien mengatakan nyeri kepala post kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mula kejadian, pasien mengendarai motor lalu pasien terjatuh ke aspal lalu kepala terbentur ke aspal. Ny. S mengatakan pasien tidak sadarkan diri selama 30 menit, terdapat luka robek post hecting dibelakang kepala sepanjang 7 cm , tidak mengalami mual muntah, tidak kejang , tidak sesak, pasien tanpa meringis kesakitan Pengkajian nyeri : P : Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing. Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien mengatakan skala nyeri 5. T : pasien mengatakan nyerinya hilang timbul.

	Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul.	
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan lalulintas sebelum nya, pasien memiliki riwayat penyakit asam urat	Pasien pernah mengalami kecelakaan lalulintas tetapi tidak pernah mengalami cedera kepala sebelum nya, pasien tidak memiliki penyakit hipertensi dan DM
Riwayat kesehatan keluarga	Keluarga pasien yaitu anaknya pernah mengalami kecelakaan 2 tahun yang lalu menderita patah tulang, Suami pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dari 5 tahun yang lalu.	Suami pasien pernah mengalami kecelakaan lalu lintas 1 tahun yang lalu, keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi (-), DM (-)
Riwayat Psikososial	Pasien mengatakan selalu mendapat dukungan dari keluarga, anak dan suami nya selalu bergantian merawatnya di rumah sakit. Pasien tidak khawatir dengan biaya rumah sakit karna menggunakan BPJS. Pasien mengatakan setiap masalah yang muncul di keluarga nya selalu di selesaikan bersama - sama.	Pasien mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga, suami dan anak untuk menjalani pengobatan selama sakit. Pasien juga mengatakan cara pasien dan keluarga mengatasi masalah dengan cara musyawarah bersama- sama untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi.
Pola nutrisi dan metabolik	<p>a) Sehat Pasien mengatakan makan 3x sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5- 6 gelas dalam sehari.</p> <p>b) Sakit Pasien mengatakan porsi makan saat sakit sebelum dirawat di rumah sakit hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya. Saat dirawat di Rumah Sakit pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makanannya yang diberikan oleh petugas gizi karena mual muntah, tampak sudah 4 kali muntah \pm 200 cc dan pasien minum air putih seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari</p>	<p>a) Sehat Pasien mengatakan seperti biasa dengan lauk pauk dan sayur 3x sehari. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan tertentu dan pasien selalu minum air putih 5-6 gelas sehari</p> <p>b) Sakit Pasien mengatakan porsi makan saat sakit selalu di habiskan walau tidak nyaman saat makan karna nyeri kepala dan pusing, pasien juga minum seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari</p>
Pola	a) Sehat	a) Sehat

eliminasi	<p>BAB: pasien mengatakan BAB 1-2x sehari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning.</p> <p>BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 4-5 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b) Sakit</p> <p>BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.</p> <p>BAK : pada saat sakit pasien BAK 3- 4 kali sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p>	<p>BAB: pasien mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning.</p> <p>BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 4-5 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p> <p>b) Sakit</p> <p>BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.</p> <p>BAK : pada saat sakit pasien BAK 3- 4 kali sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.</p>
Pola aktivitas dan Latihan	<p>a) Sehat</p> <p>Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain</p> <p>b) Sakit</p> <p>Pada saat sakit pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga terutama makan, minum, toileting karna pasien mengeluh lemas dan pusing</p>	<p>a) Sehat</p> <p>Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain</p> <p>b) Sakit</p> <p>Pada saat sakit pasien mengatakan aktivitasnya sering di bantu oleh anak nya seperti toileting bila pusing.</p>
Pola istirahat dan tidur	<p>a. Sehat</p> <p>Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan tidak ada tidur siang.</p> <p>b. Sakit</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur, pasien mengatakan terbangun beberapa kali karna tiba- tiba mual dan sakit kepala.</p>	<p>a) Sehat</p> <p>Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan 1 jam tidur siang.</p> <p>b) Sakit</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur. pasien mengatakan ia merasa lebih banyak tidur ketika di rumah sakit</p>
Pola persepsi sensori dan kognitif	<p>Pasien selalu tampak tertidur karna selalu menutup mata dan sesekali mengerang kesakitan, ketika di panggil pasien dapat membuka mata, pasien tampak bingung, pasien dapat menceritakan keluhan yang dirasakan dengan cukup baik, pasien tampak sering gelisah terutama dalam posisi duduk pasien akan</p>	<p>Pasien mangatakan lebih senang posisi berbaring di bandingan posisi duduk karna pasien merasa pusing bila duduk, pasien tampak sadar,dapat berkomunikasi dengan baik. Pasien tampak sering gelisah dan meringis kesakitan di bagian kepala</p>

	merasa sangat pusing, mual dan tidak nyaman dan nyeri kepala akan terasa lebih berat	
Pola persepsi dan konsep diri	Pasien mengatakan masih ada harapan sembuh, sedikit cemas, kesulitan dalam menentukan kondisi contohnya tidak mampu bekerja seperti biasanya.	Pasien mengatakan tidak begitu cemas karena pasien sangat yakin ia pasti sembuh dan bisa beraktivitas kembali seperti biasanya
Pola peran dan hubungan	Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai istri selama sakit, karna tidak dapat beraktivitas seperti biasa karna sakit kepala dan pusing.	Pasien merasa bisa melakukan peran sebagai istri selama sakit walau di bantu oleh anak nya bila pusing.
Pola reproduksi dan seksual	Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual selama sakit.	Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual selama sakit.
Pola coping dan toleransi stress	Pasien mengatakan cukup cemas karna serasa sangat sakit kepala dan pusing tidak berkurang, dan perasaan tidak berdaya karena beraktivitas harus merepotkan orang lain	Pasien mengatakan tidak begitu cemas karna sakit kepala dan pusing, pasien yakin akan cepat sembuh dan pulih
Pola nilai dan kesyakinan	Pasien beragama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.	Pasien menganut agama islam dan pasien yakin di setiap peristiwa pasti sudah di takdirkan Allah SWT untuk terjadi, dan pasti ada hikmah nya.
Pemeriksaan fisik	<p>Wawancara dan studi dokumentasi :</p> <p>Keadaan umum pasien tampak sakit dengan kesadaran compos mentis GCS 14 E3M6V5 dengan berat badan 60 kg dan tinggi badan 155 cm. Tanda – tanda vital, tekanan darah : 125/100 mmHg, nadi : 110 x/I, suhu : 37,7°C, pernapasan 19 x/i.</p> <p>Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada Kepala tampak normoccephal, terdapat luka post hecting di bagian temporooccipital dextra (pelipis kanan) sepanjang 10 cm. Pada kepala teraba ada massa/pembengkakan lunak disekitar luka</p>	<p>Wawancara dan studi dokumentasi :</p> <p>Keadaan umum pasien tampak sakit dengan kesadaran compos mentis GCS 15 E4M6V5 dengan berat badan 54 kg dan tinggi badan 147 cm. Tanda-tanda vital, tekanan darah : 117/95 mmHg, nadi : 112x/I, suhu : 36,8°C, pernapasan : 18 x/i.</p> <p>Pada pemeriksaan fisik didapatkan pada Kepala tampak normoccephal, terdapat luka post hecting di bagian parietal sinistra (belakang kiri) sepanjang 7 cm dan kepala teraba massa/pembengkakan lunak disekitar luka post hecting.</p>

	<p>post hecting. Mata tampak konjungtiva tidak anemis, penglihatan tidak kabur, refleksi Cahaya (+), pupil isokor 2 mm/ 2 mm. Rambut tampak memutih, kering, rambut tampak botakan disekitar area luka post heacting, rambut teraba lepek dan kusam. Hidung tampak bersih dan tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas(-). Mulut gigi terlihat kuning dan tidak lengkap, bibir kering dan tampak pucat. Leher tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan dan tidak teraba pembengkakan kelenjar tiroid. Dada dan Thoraks tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, fremitus kiri dan kanan sama kuat, sonor dan terdengar vesikuler, ronchi (-), Wheezing (-). Genitalia kelamin berjenis Perempuan dan tidak ada nyeri ketika BAB/BAK. Ekstremitas tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak pucat, CRT 3 detik dan akral teraba hangat.</p>	<p>Mata, Konjungtiva tidak anemis, penglihatan tidak kabur, refleksi cahaya (+), pupil isokor 2mm/2mm. Rambut tampak memutih, kering , rambut tampak di botakan disekitar area luka post heacting, rambut teraba lepek dan kusam. Hidung tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung dan pada hidung tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-). Mulut, gigi terlihat kuning dan lengkap. Leher tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan dan tidak teraba pembengkakan kelenjar tiroid. Dada dan Thoraks tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi, ketika palpasi fremitus kiri dan kanan sama kuat, sonor dan juga terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-). Genitalia kelamin berjenis Perempuan dan tidak ada nyeri ketika BAB/BAK. . Ekstremitas tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak pucat, CRT 3 detik dan akral teraba hangat</p>
<p>Pemeriksaan penunjang</p>	<p>Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 18 april 2024 pukul 03.30 didapatkan APTT 19,3 detik, Leukosit 10,86 10^3mm^3, hematokrit 35%, CA⁺⁺ 0,25 mmol/L, HCT 29%, pCO₂(T) 27 mmHg, pO₂(T) 142 mmHg, TCO₂ 19,1 mmol/L, Beecf -5,9 mmol/L, SO₂C 99%, THb 10,5 g/dl. Berdasarkan hasil pemeriksaan CT-SCAN pada tanggal 18 april 2024 didapatkan subdural hematoma er temporooccipital dextra</p> 	<p>Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 april 2024 pukul 8.12 didapatkan APTT 22,2 detik, Hemoglobin 11,3 g/dL, Leukosit 13,22 10^3mm^3, Hematokrit 34%, Klorida 113 mmol/L Berdasarkan hasil CT-SCAN pada tanggal 25 april 2024 didapatkan hasil tidak ada nya pendarahan, lesi iskemik, SOL maupun kelainan lainnya</p> 

Program pengobatan	Studi dokumentasi : IVFD NaCl 0.9% 8 jam / Kolf Manitol 3 × 100 cc (dihentikan mulai 20 April 2024) Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg Domperidone 3 x 1 tab (dihentikan mulai tanggal 20 April 2024) Paracetamol 3 × 500 mg (bila demam)	Studi dokumentasi : IVFD NaCl 0.9% 8 jam / Kolf Inj. Ranitidine 2 x 50 mg Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg Paracetamol 3 × 500 mg (bila demam)
--------------------	---	---

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan berupa data subjectif dan objectif. Berikut ini diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat ruangan berdasarkan studi dokumentasi dan hasil observasi beserta wawancara sebagai berikut

Tabel 4. 2 Diagnosa keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Diagnosa dokumentasi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (D.0077) Nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex. Neuroma akustik (D.0076) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala (D.0017) Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142) <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Data subjektif, P : pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi kepala Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. 	<p>Diagnosa dokumentasi keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala (D.0017) Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142) <p>Diagnosa berdasarkan hasil observasi peneliti dan wawancara :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Data subjektif, P : Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing. Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien mengatakan skala nyeri 5. T : pasien mengatakan nyerinya

<p>R : Pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien Mengatakan skala nyeri 6. T : Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul. Data Objektif, Ny. Y tampak mengerang dan meringis, gelisah, menolak merubah posisi nya karna takut kepala berperban tergesek kasur (bersikap protektif), TD : 125/ 100 mmHg, N : 110 x/I, P : 19 x/I, S : 37.7 C</p> <p>b. Nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex.neuroma akustik. Data subjektif Ny. Y mengatakan mual muntah mengakibatkan sulit untuk makan, mulut terasa asam. Data objektif Ny. Y tampak mual muntah 200 cc , tampak pucat dan bibir kering, N : 110 x/i.</p> <p>c. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala. Data subjektif Tn. F Mengatakan kepala Pasien terbentur aspal dan sempat tidak sarkan diri selama 30 menit . Ny. Y mengeluh nyeri kepala dan pusing. Data objektif Ny. Y tampak memiliki skor GCS 14 E3V5M6 , Ny. Y tampak selalu teridur bila di panggil ny. Y dapat membuka mata tetapitampank agam bingung dan tampak gelisah.</p> <p>d. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Data subjektif Ny. Y mengeluh demam. Data objektif Ny. Y tampak memiliki hematoma di sekitar bagian kepala yang di jahit, dan tampak kemerahan, leukosit : 10.86, S : 37.0 C</p>	<p>hilang timbul. Data objektif Ny. E tampak meringis, gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna takut kepala berperban tergesek kasur (bersikap protektif) TD : 117/95 mmHg, N : 112 x/I, P : 18x/I, S : 36.8 C.</p> <p>b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala. Data subjektif Ny. S mengatakan kepala Pasien terbentur aspal dan sempat tidak sadarkan diri selama 30 menit. Pasien mengeluh nyeri kepala. Data objetif Pasien tampak memiliki skor GCS 15 E4V5M6 dan tampak gelisah.</p> <p>c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Data subjektif Pasien mengeluh badan panas. Data objektif Pasien tampak memiliki hematoma disekitar bagian kepala yang dijahit dan tampak kemerahan, leukosit : 13,22 dan S : 36,7 C</p>
---	---

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada kedua partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI berdasarkan hasil studi dokumentasi status partisipan 1 dan partisipan 2 seperti yang tertera pada tabel bawah ini :

Tabel 4. 3 Rencana keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, berdasarkan SLKI : Tingkat Nyeri dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik. SIKI : Manajemen Nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetic, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, Fasilitasi istirahat dan tidur), Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, Kolaborasi pemberian analgesik</p> <p>b. Intervensi diagnosa nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex.neuroma akustik.</p>	<p>a. Intervensi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, berdasarkan SLKI : Tingkat Nyeri dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik. SIKI : Manajemen Nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, Monitor efek samping penggunaan analgetic, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal), Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan, Fasilitasi istirahat dan tidur), Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, Kolaborasi pemberian analgesik</p> <p>b. Intervensi diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala. SLKI : Perfusi serebral dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, tekanan intra kranial menurun, kesadaran</p>

<p>SLKI : Tingkat Nausea dengan kriteria hasil : keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun. SIKI : Manajemen mual : identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan, aktifitas, dan tidur), identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan), monitor asupan nutrisi dan kalori. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan, ketakutan, kelelahan). Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, kolaborasi pemberian antiemetik.</p> <p>c. Intervensi diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala. SLKI : Perfusi serebral dengan kriteria hasil: Tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, tekanan intra kranial menurun, kesadaran membaik, reflek saraf membaik. SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), CVP (<i>Central Venous Pressure</i>)</p>	<p>membalik, reflek saraf membaik. SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun), Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>), CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), PAWP, PAP, ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>), Monitor gelombang ICP, status pernapasan, intake dan output cairan, cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi), Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Hindari manuver valsava - Cegah terjadinya kejang, Hindari penggunaan PEEP, Hindari pemberian cairan IV hipotonik, Atur ventilator agar PaCO₂ optimal, Pertahankan suhu tubuh normal.</p> <p>c. Intervensi diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. SLKI : Tingkat infeksi dengan kriteria hasil : demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik. SIKI : Edukasi Pencegahan infeksi : periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi, siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, informasikan hasil</p>
--	---

Pressure), PAWP, PAP, ICP (*Intra Cranial Pressure*), CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*), Monitor gelombang ICP, status pernapasan, intake dan output cairan, cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi), Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Hindari manuver valsava - Cegah terjadinya kejang, Hindari penggunaan PEEP, Hindari pemberian cairan IV hipotonik, Atur ventilator agar PaCO₂ optimal, Pertahankan suhu tubuh normal.

- d. Intervensi diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. **SLKI** : **Tingkat infeksi** dengan kriteria hasil : demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, kadar sel darah putih membaik. **SIKI** : **Edukasi Pencegahan infeksi** : periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi, siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah, jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. Leukosit, WBC). Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi, anjurkan membatasi pengunjung. Ajarkan cara merawat kulit area yang edema, ajarkan cara memeriksa kondisi

pemeriksaan laboratorium (mis. Leukosit, WBC). Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi, anjurkan membatasi pengunjung. Ajarkan cara merawat kulit area yang edema, ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan dan istirahat. Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan, anjurkan cara mencuci tangan.

luka operasi. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan dan istirahat. Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan, anjurkan cara mencuci tangan.	
--	--

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan hasil studi dokumentasi, wawancara, serta observasi partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang tertera pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 4 Implementasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18 april – 22 april 2024 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk- tusuk, terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala dan badan, S : 6 berangsur menurun mejadi 5 di hari ke 2 lalu turun lagi menjadi 4, 3 dan 2 secara kontsan perhari nya T : selalu nyeri pun berkurang menjadi hilang timbul). Mengajarkan Klien tentang skala nyeri <i>Numerik Rating Scale (NRS)</i> pada hari pertama lalu mengingatkan kembali jika pasien lupa Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) menggunakan <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> dan TTV Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: 	<p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 25 april sampai 29 april 2024 untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk- tusuk, terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala dan badan, S : 5 berangsur menurun mejadi 4 di hari yang sama lalu turun lagi menjadi 3,2 dan 1 di hari ke 5, T : selalu nyeri pun berkurang menjadi hilang timbul). Mengajarkan Klien tentang skala nyeri <i>Numerik Rating Scale (NRS)</i> pada hari pertama lalu mengingatkan kembali jika pasien lupa Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) menggunakan <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> dan TTV Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Kontrol lingkungan yang

<p>suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>f. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal Al-Qur'an dan nafas dalam 15 menit)</p> <p>g. Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan dengan menggunakan <i>NRS</i> dan <i>VAS</i> serta mengukur TTV</p> <p>h. Fasilitasi istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 18 april – 20 april 2024 diagnosa nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex.neuroma akustik antara lain :</p> <p>a. Mengidentifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan menjadi menurun karna perasaan mual dan muntah selalu datang dan tidak nyaman ketika makan, melakukan aktivitas menjadi terhambat) hal ini akan berangsur membaik di hari ke 3</p> <p>b. memonitor mual (pada hari pertamafrekuensi muntah 2 kali sebanyak 40cc dan berangsur menurun di hari ke 2 ,durasi mual sering dan tidak begitu parah sehingga tidak ada indikasi pemasangan <i>NGT</i>)</p> <p>c. Memonitor asupan nutrisi dan kalori.</p> <p>d. Mengurangi faktor lingkungan penyebab mual, kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>e. Memberikan makanan dalam</p>	<p>memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>f. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal Al-Qur'an dan nafas dalam 15 menit)</p> <p>g. Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan dengan menggunakan <i>NRS</i> dan <i>VAS</i> serta mengukur TTV</p> <p>h. Fasilitasi istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 25 april – 29 april 2024 diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala antara lain :</p> <p>i. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral),</p> <p>j. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah membaik,nadi baik, pola napas reguler, tidak ada penurunan kesadaran)</p> <p>k. Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) > 110 mmHg</p> <p>l. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>m. Memberikan posisi semi fowler</p> <p>n. Mencegah terjadinya kejang</p> <p>o. Menghindari penggunaan PEEP</p> <p>p. Menghindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 25 april – 29 april 2024 diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif antara lain :</p> <p>a. Memberikan perawatan kulit pada</p>
---	---

<p>jumlah kecil dan menarik.</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Memberikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna. g. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak h. Pemberian antiemetik Domperidone 3 x 1 tab <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18 april – 22 april 2024 diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), b. Memantau tanda/gejala peningkatan TIK (Tekanan darah membaik, nadi baik, pola napas reguler, tidak ada penurunan kesadaran) c. Memonitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) > 110 mmHg d. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang e. Memberikan posisi semi fowler f. Mencegah terjadinya kejang g. Menghindari penggunaan PEEP h. Pemberian Manitol 3 × 100 cc <p>Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari dari tanggal 18 april – 22 april 2024 diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memberikan perawatan kulit pada area hematoma b. Mempertahankan teknik aseptik 	<p>area hematoma</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi c. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka seperti kemerahan, bengkak, teraba panas, sakit serta gungsi yang terganggu. d. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama protein untuk mempercepat penyembuhan e. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan f. Pemberian antibiotik berupa Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg
---	---

<p>pada pasien berisiko tinggi</p> <p>c. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka seperti kemerahan, bengkak, panas, sakit serta gungsi yang terganggu.</p> <p>d. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama protein untuk mempercepat penyembuhan</p> <p>e. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>f. Pemberian antibiotik berupa Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg</p>	
---	--

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2 adalah seperti yang ada pada tabel dibawah ini :

Tabel 4. 5 Evaluasi keperawatan partisipan 1 dan partisipan 2

Partisipan 1	Partisipan 2
<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Y pada Hari Ke-5 dengan diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri nya berkurang dan sedikit pusing terutama saat kepala agak sedikit di tinggikan atau posisi setengah duduk, skala nyeri yang dirasakan dihari ke 5 adalah 2, TD : 115/ 90 mmHg, N : 92 x/I, P : 18 x/I, S : 36.8 C. Dari hasil analisis masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan</p> <p>b. Setelah dilakuka evaluasi keperawatan pada Pasien pada hari ke-3 dengan diagnosa Nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex. Neuroma akustik didapatkan hasil pasien mengatakan masih pusing, pasien tampak lemah, dan tidak muntah lagi, tampak tidak</p>	<p>a. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. E pada Hari Ke-5 dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, didapatkan hasil, pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang dengan skor skala nyeri 1, kepala terasa nyeri bila luka bagian kepala tersentuh rasa di tusuk- tusuk sudah hilang, TD : 118/ 80 mmHg, N : 87 x/i, P : 18 x/I, S : 36.6 C. Dari hasil analisis masalah nyeri akut teratasi , intervensi dihentikan</p> <p>b. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Pasien pada hari ke-5 dengan diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala didapatkan hasil pasien mangatakan masih</p>

<p>pucat lagi, N : 92x/i. Dari hasil analisis masalah nausea teratasi</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Pasien pada hari ke-5 dengan diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala didapatkan hasil pasien mengatakan masih pusing dan sedikit nyeri kepala dengan skor skala nyeri 2, pasien tampak sadar GCS 15, TD : 115/90 mmHG, MAP : 98 mmHg, N : 92x/I, P : 18 x/I, S : 36,8 C . Dari hasil analisis masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi</p> <p>d. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Y pada hari ke-5 dengan diagnosa resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan hasil pasien mengatakan tidak merasa demam lagi, pasien tampak tidak demam, luka kepala tampak masih hematoma, S : 36,8 C. dari hasil analisis masalah resiko infeksi teratasi</p>	<p>sedikit pusing dan sedikit nyeri kepala dengan skor skala nyeri 1, pasien tampak sadar GCS 15, pasien tampak tidak begitu gelisah, TD : 118/90 mmHG, MAP : 92 mmHg, N : 87x/I, P : 18 x/I, S : 36,6 C . Dari hasil analisis masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi</p> <p>c. Setelah dilakukan evaluasi keperawatan pada Ny. E pada hari ke-5 dengan diagnosa resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif didapatkan hasil pasien mengatakan badan tidak panas lagi , pasien tampak tidak demam, luka kepala masih hematoma, S : 36,6. Dari hasil analisis masalah resiko infeksi teratasi</p>
---	---

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan medical bedah yang dilakukan pada partisipan 1 (Pasien) dan partisipan 2 (Pasien) dengan kasus Cedera kepala ringan di ruangan trauma center RSUP. Dr. M. Djamil Padang. pada bab ini peneliti akan membahas kesenjangan antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus. Peneliti juga membahas kesulitan yang ditemukan terhadap pada partisipan 1 (Pasien) dan partisipan 2 (Pasien) dengan kasus Cedera Kepala Ringan. seteDalam penyusunan asuhan keperawatan peneliti melakukan pengkajian keperawatan, menegakkan diagnose keperawatan, merencanakan intervensi keperawatan, melakukan implememntasi dan evaluasi keperawatan serta penerapan EBN dengan uraian sebaga berikut :

1. Pengkajian

Penyebab cedera kepala yang terjadi pada Pasien dan Pasien yaitu karena kecelakaan lalu lintas. Pada saat pengkajian tanggal 18 april 2024 pada pasien Pasien teraba massa/pembengkakan lunak disekitar luka post hecting dan mengatakan badan terasa lemah, pusing, mual dan nyeri kepala. Hasil penilaian nyeri dengan menggunakan metode PQRST menunjukkan Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi menjadi duduk, Pasien mengatakan kepalanya nyeri seperti tertusuk-tusuk dan penuh. Pasien mengatakan nyeri disemua bagian terutama bagian luka dikepala. Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan bernilai 6 dan nyerinya terasa hilang timbul. Pada saat pengkajian tanggal 25 april 2024 pada pasien Pasien teraba ada massa atau pembengkakan lunak disekitar luka post hecting. Ny. E merasa sangat pusing dan tidak nyaman, badan terasa pegal dan nyeri dikepala berkepanjangan. Hasil penilaian nyeri didapatkan bahwa Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi, Pasien mengatakan kepalanya nyeri seperti tertusuk-tusuk dan penuh. Pasien mengatakan nyeri disemua bagian terutama dibagian luka dikepala, skala nyeri yang dirasakan Pasien bernilai 5. Ny. E mengatakan nyerinya hilang timbul.

Pada saat pengkajian, hasil pemeriksaan laboratorium dan CT-Scan Pasien pada tanggal 18 April 2024 menunjukkan APTT rendah yaitu 19,3 detik, dan leukosit tinggi yaitu $10,86 \cdot 10^3/\text{mm}^3$. Pada Pasien pada tanggal 25 April 2024 menunjukkan leukositosis dan APTT dibawah nilai rujukan, dimana leukosit Pasien tinggi yaitu $13,22 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ dan APTT rendah yaitu 22,2 detik. Klien mengeluh demam dan Pasien dan Pasien tampak memiliki hematoma disekitar bagian kepala yang dijahit dan tampak kemerahan. Suhu tubuh Pasien menunjukkan 37,0 C dan suhu Ny. E 36,7 C. Hal ini menunjukkan luka post hecting beresiko infeksi. Hasil pemeriksaan CT-Scan Pasien yaitu subdural hematoma er temporooccipital dextra karena adanya hematoma pada kepala sehingga menekan struktur disekitarnya, termasuk saraf kranial VIII (saraf

vestibulocochlear), saraf kranial yang berdekatan, otak kecil, batang otak sehingga mengakibatkan Pasien merasa pusing dan mual muntah.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah konsep kritis untuk memandu proses pengkajian dan intervensi. Diagnosa juga menjadi komunikasi dan basis ilmu keperawatan dalam interaksinya dengan disiplin ilmu yang lain. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian perawat berdasarkan respon pasien secara holistic (bio-psiko-sosio-spiritual) terhadap penyakit atau gangguan yang sedang dialaminya (Leniwita & Anggraini, 2020). Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data sesuai dengan keluhan pasien, maka muncul beberapa diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, mual berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex. Neuroma akustik, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala dan resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive. Pada penelitian ini penulis lebih memfokuskan pada diagnosa utama yaitu nyeri akut.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik

Diagnosa pertama yang diangkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik. Dalam standar diagnose keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Dari hasil pengkajian didapatkan dari data yang mendukung untuk nyeri akut adalah pasien yang mengeluh nyeri kepala dengan skala nyeri 6 pada Pasien dan skala nyeri 5 pada Pasien dan juga ditandai dengan frekuensi nadi meningkat dan tekanan darah meningkat. Sesuai dengan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) dalam menegakkan diagnosa nyeri akut memiliki beberapa tanda dan gejala seperti mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi

nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah.

3. Rencana keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan diartikan sebagai suatu dokumen tulisan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi keperawatan merupakan metode dokumentasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada diagnose nyeri akut berdasarkan SLKI yaitu frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun dan kesulitan tidur menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Tindakan keperawatan menurut SIKI adalah manajemen nyeri. Pada bagian tindakan keperawatan menurunkan nyeri yaitu dengan terapi murottal dan relaksasi nafas dalam.

Terapi murottal adalah terapi yang dilakukan pengalihan perhatian dengan mendengarkan bacaan Murottal Al-Quran, sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami.

Mekanisme kerja murottal dalam menurunkan nyeri yaitu Murottal mempengaruhi sistem limbik yang merupakan pusat pengatur emosi. Dari limbik, jaras pendengaran dilanjutkan ke hipokampus, tempat salah satu ujung hipokampus berbatasan dengan nuklei amigdala. Amigdala yang merupakan area perilaku kesadaran yang bekerja pada tingkat bawah sadar, menerima sinyal dari korteks limbik lalu menjalarkannya ke hipotalamus. Di hipotalamus yang merupakan pengaturan sebagian fungsi vegetatif dan fungsi endokrin tubuh seperti halnya banyak aspek perilaku emosional, jaras pendengaran diteruskan ke formatio retikularis sebagai penyalur impuls menuju seraf saraf otonom. Seraf tersebut mempunyai dua sistem saraf, diantaranya sistem saraf simpatis dan sistem saraf parasimpatis. Kedua sistem saraf ini mempengaruhi kontraksi dan relaksasi organorgan. Dengan murottal maka sistem saraf otonom ini dapat memerintahkan tubuh untuk melakukan relaksasi, sehingga timbulah ketenangan (Septadina et al., 2021)

Relaksasi napas dalam merupakan suatu teknik relaksasi seederhana dimana paru-paru dibiarkan menghirup oksigen sebanyak mungkin. Napad dalam berbeda dengan hiperventilasi, karena relaksasi napas dalam merupakan gaya pernapasan yang pada dasarnya lambat, dalam dan rileks yang memungkinkan seseorang merasa lebih tenang (Mulki et al., 2020)..

Menghirup O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Dampak positif ini terjadi karena pada alur saraf desenden melepaskan opiate endogen seperti endorfin dan dinorfin (salah satu neuromodulator) sebagai suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan salah satu neurotransmitter nyeri, dengan demikian dapat mencegah menghebatnya stimulus nyeri sehingga sensasi nyeri yang dirasakan berkurang (Mulki et al., 2020).

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Dalam pelaksanaan implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut dilakukan pada kedua partisipan yaitu memberikan terapi murottal al-qur'an surat ar-rahman dan nafas dalam selama 15 menit selama 5 hari. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nihla & Sukraeny, 2023) yang menyatakan bahwa pemberian terapi murottal dan nafas dalam selama 15 menit pada penderita cedera kepala ringan terbukti mampu menurunkan intensitas skala nyeri yang terjadi pada kepala pada pasien cedera kepala ringan.

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua tindakan dilaksanakan oleh penulis, karena peneliti tidak merawat pasien selama 24 jam, namun solusi peneliti mendelegasikan rencana tindakan tersebut kepada perawat ruangan dan mahasiswa praktek magang yang berdinasi

di ruangan tersebut. Untuk melihat tindakan yang dilakukan perawat ruangan peneliti melihat dan membaca buku laporan serta rekam medis elektronik yang ditulis oleh perawat yang sedang berdinas. Secara umum rencana masing-masing masalah keperawatan dapat dilakukan, namun tidak semua masalah teratasi sesuai dengan kriteria yang telah diharapkan.

5. Evaluasi keperawatan

Pada karya tulis akhir ini peneliti melakukan evaluasi tindakan dari tanggal 16 April sampai 04 Mei 2024. Hasil evaluasi setelah dilakukan terapi murottal dan nafas dalam terhadap nyeri akut pada kedua pasien yaitu pada partisipan 1 Pasien yang awalnya skala nyeri 6 sekarang sudah menurun menjadi skala nyeri 2, sedangkan pada partisipan 2 Pasien yang awalnya skala nyerinya 5 sudah turun menjadi skala nyeri 1.

Grafik 4. 1 Penurunan Skala Nyeri Partisipan 1 dan Partisipan 2



Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nihla & Sukraeny, 2023) yang menyatakan bahwa pemberian terapi murottal dan nafas dalam selama 15 menit pada pasien cedera kepala ringan. Nyeri yang terjadi pada kepala yang dirasakan pada ketiga responden dengan nyeri skala sedang yakni skala 40 mm – 60 mm dan setelah dilakukan penerapan sebanyak 2 hingga 3 kali, nyeri turun menjadi skala 30 mm hingga 40 mm.

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 praktik keperawatan merupakan modifikasi pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berlandaskan teori dan beberapa hasil penelitian (Malina & Rahmayunia kartika, 2020).

Pada karya tulis akhir ini penulis memfokuskan pada penerapan murottal al-Qur'an surat Ar-Rahman dan nafas dalam pada asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan dengan nyeri akut, dimana hasil dari beberapa penelitian yang mendukung sebagai berikut :

Menurut penelitian (Nihla & Sukraeny, 2023) mengungkapkan penerapan terapi murottal Al-Qur'an surat Ar-Rahman dan nafas dalam selama 15 menit mampu menurunkan intensitas skala nyeri yang terjadi pada kepala pada pasien cedera kepala ringan. Nyeri yang terjadi pada kepala yang dirasakan pada ketiga responden yang diakibatkan karena cedera kepala dalam studi kasus ini adalah nyeri dengan skala sedang yakni skala 40 mm – 60 mm dan setelah dilakukan penerapan sebanyak 2 hingga 3 kali dalam sehari turun menjadi skala 30 mm hingga 40 mm.

Hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Kusuma et al., 2019) menunjukkan bahwa ada pengaruh yang signifikan terapi murottal terhadap penurunan skala nyeri kepala pasien cedera kepala ringan (P value = $<0,001$; $\alpha < 0,05$). Penelitian lain yang dilakukan juga oleh (Andoko et al., 2021) menunjukkan hasil penelitian ini adalah pasien tampak menahan sakit dan memegang kepalanya, skala nyeri 4, intervensi yang dilakukan di dapatkan hasil bahwa terdapat penurunan dari pelaksanaan murottal, sebelum dilakukan intervensi skala nyeri 6, setelah dilakukan intervensi 1 skala nyeri 5, setelah dilakukan intervensi 2 skala nyeri 4, maka ada penurunan 2 skala nyeri setelah dilakukan intervensi.

b. Keterbatasan

Pada proses implementasi EBN masih memiliki kekurangan yaitu peneliti tidak dapat memberikan intervensi terapi murottal selama 3x24 jam kepada pasien, namun studi sudah dapat memberikan gambaran umum mengenai penerapan EBN terapi murottal terhadap nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

c. Rencana tindak lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan terapi murottal secara mandiri, apabila pasien sudah berada dirumah sehingga tidak bergantung dengan terapi farmakologi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis mengenai intervensi terapi murottal terhadap nyeri akut pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan cedera kepala ringan, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan pada partisipan 1 dengan cedera kepala ringan pada 18 April 2024 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-1 dengan nyeri akut dengan skor skala nyeri 6 . sedangkan pada partisipan 2 dengan cedera kepala ringan pada tanggal 25 April 2024 ditemukan bahwa pasien hari rawatan ke-1 dengan nyeri akut, pasien mengalami nyeri akut dengan skor skala nyeri 5.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik, nausea berhubungan dengan tumor terlokalisasi ex. Neuroma akustik ,resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala, resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu manajemen nyeri, manajemen mual, manajemen peningkatan tekanan intracranial, edukasi pencegahan infeksi.
4. Implementasi dengan terapi murottal dan relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri akut pada partisipan 1 selama 5 hari dan pada partisipan 2 selama 5 hari.
5. Hasil evaluasi pasien didapatkan masalah nyeri akut teratasi sebagian, masalah nausea teratasi, masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi, resiko infeksi teratasi.
6. Pasien mengatakan lebih rileks saat melakukan terapi murottal, pasien sering merasakan nyeri akibat situasi yang dihadapinya, yang menyebabkan aktifitas menjadi terhambat. Setelah mempraktekkan terapi murottal , pada hari keempat partisipan 1 mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan sudah berkurang dengan skor skala nyeri 2,

7. sedangkan pada partisipan 2 mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang dengan skor skala nyeri 1.

B. Saran

- a. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi perawat di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai penerapan terapi murottal dan relaksasi nafas dalamdalam mengatasi nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

- b. Bagi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan serta bahan literatur bacaan bagi mahasiswa.

- c. Bagi Peneliti

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menambah wawasan, kemampuan berfikir, menganalisa, dan pengetahuan peneliti khususnya dalam bidang penelitian terkait pengaruh terapi murottal terhadap nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

- d. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil karya tulis akhir ini diharapkan dapat menjadi data dasar dalam asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien cedera kepala ringan yang mengalami nyeri akut.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus Yudawijaya. (2022). *Bahan Kuliah Topik “ Tatalaksana Cedera Kepala ” Semester Genap 2021 / 2022 Penulis : dr . Agus Yudawijaya , Sp . S . , M . Si . Med Bagian Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Jakarta 2022.* 1–16.
- Akhyar, R. B. F., Rosyidi, R. M., & Priyanto, B. (2023). Diagnosis dan Tatalaksana Cedera Otak Traumatik. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*, 10(3), 3522–3530.
- Andoko, Yulendasari, R., & Rachmawati, Y. (2021). *Asuhan Keperawatan Komprehensif pada klien cedera kepala sedang dengan terapi komplementer murottal.* 1(3), 130–139.
- Bachrudin, M., & Najib, M. (2016). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH I* (Sunarti (ed.); 1st ed.). kementerian kesehatan republik indonesia.
- CDC. (2021). *Data TBI.* 6–7.
- Fiddiyanti, ilma, Trimurtini, I., & Tri Ghana, A. (2020). Korelasi Ct-Scan Kepala Dengan Glasgow Coma Scale (Gcs) 13-15 Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Di Rumah Sakit Dustira Cimahi. *Medika Kartika Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 3(Volume 3 No 2), 113–125. <https://doi.org/10.35990/mk.v3n2.p113-125>
- Goniawan, A., Suhandi, & Machdi, Z. (2018). *Multi Perspektif Surat Ar Rahman.*
- Kemendes RI. (2018a). Hasil Utama Riskesdas. *Kemendrian Kesehatan RI*, 2(12), 1029–1036. <https://doi.org/10.12691/jfnr-2-12-26>
- Kemendes RI. (2018b). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Nyeri.*
- Kurniawan. (2019). Nyeri Secara Umum dalam Continuing Neurological Education 4, Vertigo dan Nyeri. In *Kesehatan Masyarakat* (Issue July). UB Press. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102400>.
- Kusuma, A. H., Setiawan, A., & Azzam, R. (2019). Pengaruh Terapi Murotal Terhadap Skala Nyeri Kepala Pada Klien Cedera Kepala Di Rsu Prof. Dr. Margono Soekarjo Dan Rsd Banyumas. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 1(2), 119–122. <https://doi.org/10.37294/jrkn.v1i2.60>
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah I.*
- Lucas, S., Hoffman, J. M., Bell, K. R., & Dikmen, S. (2014). A prospective study of prevalence and characterization of headache following mild traumatic brain injury. *Cephalalgia*, 34(2), 93–102. <https://doi.org/10.1177/0333102413499645>
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E.,

- Czosnyka, M., ... Zumbo, F. (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*, 21(11), 1004–1060. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Mulki, M. M., Ta'adi, & Sunarjo, L. (2020). Efektivitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Terapi Musik Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien Pre Operasi. In *Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarangng (I)*. Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang.
<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal><http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006><https://doi.org/10.1>
- Nihla, A. L., & Sukraeny, N. (2023). Penerapan Terapi Murottal Al-Qur'an Surat Ar-Rahman Untuk Menurunkan Intensitas Skala Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Di RSUD KRMT Wongsonegoro Kota Semarang. *Holistic Nursing Care Approach*, 3(1), 11. <https://doi.org/10.26714/hnca.v3i1.11134>
- Ningtyas, N. wayan rahayu, Amanupunnyo, nutesya a., Manueke, I., Ainurrahmah, Y., Pramesti, D., Yuliana, Yanti, R. dwi, Siregar, M. ardilla, Samutri, E., & Syaftriani, asina muharani. (2023). Manajemen Nyeri. In *Bunga Rampai*. Media Pustaka Indo.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (3rd ed.). Rineka Cipta.
- Nurdin, I., & Hartati, S. (2019). *Metodologi Penelitian Sosial*.
- Olesen, J., Steiner, T. J., Bendtsen, L., Dodick, D., Ducros, A., Evers, S., First, M., Goadsby, P. J., Hershey, A., Katsarava, Z., Levin, M., Pascual, J., Russell, M. B., Schwedt, T., Tassorelli, C., Terwindt, G. M., Vincent, M., & Wang, S.-J. (2018). The International Classification of Headache Disorders: Abbreviated pocket version. *Cephalalgia*, 3(2988368), 28. https://www.ih-headache.org/binary_data/3330_ichd-3-pocket-version.pdf<https://www.ih-headache.org/ichd-guidelines>
- Rahmadani, P. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah II*.
- Septadina, indri seta, Prananjaya, bintang arroyantri, Raflin, E., Rianti, kalima ishmeta, & Shafira, N. (2021). Terapi Murottal Al-Qur'an. In *Peneribit NEM*. Penerbit Nem.
- Suriya, M., & Zuriati. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan pada Sistem Muskuloskeletal Aplikasi NANDA, NIC, & NOC*. Pustaka Galeri Mandiri.
- Syapitri, H., Amila, & Aritonang, J. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (aurora hawa Nadana (ed.); 1st ed.). Ahlimedia Press.
- Syekh, F., & Wasim, M. (2024). *Trauma kepala Kegiatan Pendidikan Berkelanjutan Perkenalan Etiologi Epidemiologi*. 1–12.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (I)*. PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). PPNI.

WHO. (2023). Global status report on road safety. In *who*.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/global-status-report-on-road-safety-2023>

Widiyono. (2021). Buku Referensi Betapa Menakjubkannya Terapi Musik Bagi Kesehatan. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.

DAFTAR RIWAYAT PENULIS



A. Identitas Diri

Nama : Ratu Fedila Yonita
NIM : 193310794
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang/ 05 Februari 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Anak Ke : 1 (Pertama)
Alamat : Wisma Bumi Lestari Indah/ Kel. Korong
Gadang/ Kec. Kuranji/ Kota Padang
No. Telp/ HP : 082170743358
E-mail : ratufedillayonita@gmail.com

B. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun	Tempat
1.	SD	2013	MIN KORONG GADANG
2.	SMP	2016	SMP N 18 PADANG
3.	SMA	2019	SMA N 5 PADANG
4.	DIV	2023	KEMENKES POLTEKKES PADANG
5	PROFESI	2024	KEMENKES POLTEKKES PADANG

LAMPIRAN

Lampiran 1

**GANCHART KARYA TULIS AKHIR PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
TAHUN 2024**






No	Kegiatan	Pra Magang		Magang			6 – 11 Mei 2024	Ujian KTA 13-25 Mei 2024	27 Mei- 1 Juni 2024
		Sept – Des 2023	Januari- April 2024	Minggu I	Minggu II	Minggu III			
1.	Pembahasan revisi panduan KTA 2024								
2.	Penentuan kouta kasus dan pembimbing KTA								
3.	Konsultasi jurnal/Artikel KTA								
4.	Konsultasi Penyusunan BAB I, II, III								
5.	Pelaksanaan/penerapan EBN pada Kasus								
6.	Penyusunan BAB IV (gambaran Kasus dan pembahasan)								
7.	Penyusunan BAB V								
8.	Pendaftaran sidang KTA								
9.	Sidang KTA								
10.	Revisi laporan sidang KTA								
11.	Pembuatan dan konsultasi manuskrip hasil KTA								
12.	Pengumpulan laporan KTA Ke prodi								




Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS AKHIR
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS

KEMENKES POLTEKKES PADANG

Nama Mahasiswa : Ratu Fedila yorita
 NIM : 233410020
 Pembimbing : Ns. Subaini, S.Kep, M.Kep
 Judul KTA : Penerapan terapi non farmakologis: surrotal Al-Qur'an dalam asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut di ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang

Bimbingan ke	Hari/Tanggal	Uraian Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	16/9/24	ace judul dan sesuai jurnal ept	
II	16/9/24	BAB I - Perencanaan - Marga tujuan dan manfaat	
III	19/9/24	BAB I s/d BAB II - pro - Marga - Surrotal non Al-Qur'an	
IV	3/9/24	BAB I s/d BAB II - Surrotal → cara pelaksanaan - PICO	
V	13/9/24	Hasil Riset BAB III cek minimal 3 dr 100	

VI	20/5/24	Hasil Asesmen - revisi Kolom 3 di implementasi BAB IV	
VII	29/5/24	BAB I & BAB II - terdapat pembahasan dan penulisan - lengkap	
VIII	29/5/24	ACC upon final rra	

Catatan: Bimbingan dengan pembimbing minimal 8 kali

Mengetahui,

Ketua Prodi Pendidikan Profesi-Ners

Nr. Elvia Merti, M.Kes, Sp.Kep.Mat

NIP. 198004232002122001

Lampiran 3

Pengkajian Keperawatan 1.

Identitas Pasien

Nama pasien : Ny.Y
No. RM : 01.21.XX.XX
Umur : 51 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Korong Tabek Katapiang Batang Anai Padang Pariaman
Tanggal masuk RS : 18 April 2024
Ruang rawatan : Trauma Center
Tanggal pengkajian : 18 April 2024
Diagnosa medis : CK GCS 14 +VL er Temporooccipital dextra (post hecting)

Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. F
Umur : 24 tahun
Pendidikan : D III perhotelan
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Korong Tabek Katapiang Batang Anai Padang Pariaman
Hubungan : Anak

1. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 18 April 2024 pukul 02. 09 WIB dengan keluhan nyeri kepala setelah kecelakaan lalu lintas

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien masuk ruangan pukul 05.30 dan dilakukan pengkajian pukul 09.40 WIB. Pasien mengatakan nyeri kepala post kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mula kejadian, pasien berbongcengan dengan anak nya Tn.F menggunakan sepeda motor, pasien terjatuh ke aspal lalu kepala terbentur ke tanah. Tn.F mengatakan pasien sempat tidak sadarkan diri selama 30 menit, terdapat luka robek post hecting dibelakang kepala sepanjang 10 cm, setelah kejadian tersebut pasien mengatakan ia mual muntah, pusing, tampak bingung, tidak kejang dan tidak sesak nafas. Pasien tampak sering menutup mata, gelisah dan meringis kesekitan.

Pengkajian nyeri :

P : pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi kepala Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : Pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien Mengatakan skala nyeri 6. T : Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul.

- c. Riwayat Penyakit Dahulu
Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan lalulintas sebelum nya, pasien memiliki riwayat penyakit asam urat
- d. Riwayat penyakit keluarga
Keluarga pasien yaitu anaknya pernah mengalami kecelakaan 2 tahun yang lalu menderita patah tulang, Suami pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dari 5 tahun yang lalu.
- e. Riwayat Psikososial
Pasien mengatakan selalu mendapat dukungan dari keluarag, anak dan suami nya selalu bergantian merawatnya di rumah sakit. Pasien tidak khawatir dengan biaya rumah sakit karna menggunakan BPJS. Pasien mengatakan setiap masalah yang muncul di keluarga nya selalu di selesaikan bersama - sama.

2. Pengkajian Fungsional Gordon

- a. Pola Nutrisi dan Metabolik
 - c) Sehat
Pasien mengatakan makan 3x sehari, pasien mengkonsumsi nasi ditambah lauk pauk dan sayur. Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan, pasien minum air putih 5- 6 gelas dalam sehari.
 - d) Sakit
Pasien mengatakan porsi makan saat sakit sebelum dirawat dirumah sakit hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya. Saat dirawat di Rumah Sakit pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makanannya yang diberikan oleh petugas gizi karena mual muntah, tampak sudah 4 kali muntah \pm 200 cc dan pasien minum air putih seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari
- b. Pola Eliminasi
 - c) Sehat
BAB: pasien mengatakan BAB 1-2x sehari setiap pagi hari dengan konsistensi lembek berwarna kuning.
BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 4-5 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.
 - d) Sakit
BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.
BAK : pada saat sakit pasien BAK 3- 4 kali sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.
- c. Pola Aktivitas dan Latihan
 - c) Sehat

Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain

d) Sakit

Pada saat sakit pasien lebih banyak di tempat tidur dan aktivitasnya lebih banyak dibantu oleh keluarga terutama makan, minum, toileting karna pasien mengeluh lemas dan pusing

d. Pola Istirahat dan Tidur

c. Sehat

Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan tidak ada tidur siang.

d. Sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur, pasien mengatakan terbangun beberapa kali karna tiba-tiba mual dan sakit kepala.

e. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien selalu tampak tertidur karna selalu menutup mata dan sesekali mengerang kesakitan, ketika di panggil pasien dapat membuka mata, pasien tampak bingung, pasien dapat menceritakan keluhan yang dirasakan dengan cukup baik, pasien tampak sering gelisah terutama dalam posisi duduk pasien akan merasa sangat pusing, mual dan tidak nyaman dan nyeri kepala akan terasa lebih berat

f. Pola Persepsi dan konsep Diri

Pasien mengatakan masih ada harapan sembuh, sedikit cemas, kesulitan dalam menentukan kondisi contohnya tidak mampu bekerja seperti biasanya.

g. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan tidak mampu menjalankan peran sebagai istri selama sakit, karna tidak dapat beraktivitas seperti biasa karna sakit kepala dan pusing.

h. Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual selama sakit.

i. Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan cukup cemas karna serasa sangat sakit kepala dan pusing tidak berkurang, dan perasaan tidak berdaya karena beraktivitas harus merepotkan orang lain

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien beragama agama islam dan mengatakan ikhlas menerima penyakit yang dideritanya dan percaya Allah SWT tidak akan memberikan ujian diluar batas kemampuan hambanya.

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : sadar
- b. Pengukuran antropometri
Berat badan : 60 kg
Tinggi badan : 155 cm
- c. Tanda – tanda vital :
 - a) Keadaan umum : Tampak Sakit
 - b) Kesadaran : compos mentis
 - c) Tekanan darah : 125/100 mmHg
 - d) Nadi : 110 x/i
 - e) Suhu : 37.7°C
 - f) Pernafasan : 19 x/i
- d. Kepala
Inspeksi : normocephal, terdapat luka post hecting di bagian temporooccipital dextra (pelipis kanan)
Palpasi : teraba massa/ pembengkakan lunak di sekitar luka post hecting
- e. Mata
Konjungtiva tidak anemis, penglihatan tidak kabur, reflek cahaya (+), pupil isokor 2mm/2mm
- f. Rambut
Inspeksi : rambut tampak memutih, kering , rambut tampak di botakan disekitar area luka post heacting
Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam
- g. Hidung
Tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-).
- h. Mulut
Gigi terlihat kuning dan tidak lengkap
- i. Leher
Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan
Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid
- j. Dada dan Thoraks
Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi
Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama kuat
Perkusi : sonor
Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

k. Genitalia

Alat kelamin berjenis perempuan, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.

l. Ekstremitas

Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak pucat

Palpasi : CRT 3 detik dan akral teraba hangat

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 18 April 2024 pukul 3.30 WIB

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
APTT	19.3	detik	23.4-30.8
APTT control	27.1		
Hemoglobin	12.1	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	10.86	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hemaokrit	35	%	37.0-43.0
Trombosit	265	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
MCV	89	fL	82.0-92.0
MCH	31	pg	27.0-43.0
MCHC	35	%	32.0-36.0
RDW-CV	14.5	%	11.5-14.5
Natrium	139	mmol/L	136-145
Kalium	4.1	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	108	mmol/L	97-111
Gula darah sewaktu	154	mg/dL	50-200
Kreatinin darah	0.5	mg/dL	0.6-1.2
NA+	140	mmol/L	136-145
K+	3.8	mmol/L	3.4-4.5
CA++	0.25	mmol/L	1.15-1.35
LAC	1.8	mmol/L	0.5-2.2
HCT	29	%	35-51
pH(T)	7.44		7.35-7.45
pCO2(T)	27	mm Hg	35-48
pO2(T)	142	mm Hg	83-108
CA++DP	0.250	mmol/L	
HCO3-	18.3	mmol/L	18-23
HCO3std	21.2	mmol/L	
TCO2	19.1	mmol/L	22-29
Beecf	-5.9	mmol/L	
BE	-4.8	mmol/L	(-2.0) – (3.0)
SO2C	99	%	95-98
Temp	37	C	
THb	10.5	g/dl	11.7-17.4
PT	11.3	detik	9.4-12.8

INR	0.93		<1.2
PT control	10.9		
Ureum Darah	18	mg/dl	10-50

Catatan : Leukositosis – APTT dibawah nilai rujukan

b. Pemeriksaan CT-SCAN

Kesan : subdural hematoma er temporooccipital dextra

Program Pengobatan

IVFD NaCl 0.9% 8 jam / Kolf

Manitol 3 × 100 cc

Inj. Ranitidine 2 x 50 mg

Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg

Domperidone 3 x 1 tab

Paracetamol 3 × 500 mg

5. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS :</p> <p>P : Ny. Y mengeluh nyeri kepala dan pusin, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi menjadi duduk. Q : Ny. Y mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : Ny.Y mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : Ny. Y Mengatakan skala nyeri 6. T : Ny.Y mengatakan nyerinya hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>Ny. Y tampak meringis, gelisah, tampak tidak ingin merubah posisi nya karna takut kepala berperban tergesek kasur (bersikap protektif)</p> <p>TD : 125/ 100 mmHg</p> <p>N : 110 ×/i</p> <p>P : 19 ×/i</p> <p>S : 37.7 C</p>	<p>Agen pencideraan fisik</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p>DS :</p>		<p>Neusea</p>

	<p>Ny. Y mengatakan mual muntah mengakibatkan sulit untuk makan, mulut terasa asam</p> <p>DO : Ny. Y tampak mual muntah 200 cc , tampak pucat dan bibir kering N : 110 x/i</p>		
3.	<p>DS : Tn. F Mengatakan kepala Ny.Y terbentur aspal dan sempat tidak sarkan diri selama 30 menit. Ny. Y mengeluh nyeri kepala dan pusing.</p> <p>DO : Ny.Y tampak memiliki Skore GCS 14 E3V5M6 dan tampak gelisah. Ny. Y dapat menjawab semua pertanyaan dengan benar walau tampak kesakitan dan tidak nyaman. MAP 109 mmHg</p>	Cedera Kepala	Resiko perfusi serebral tidak efektif
4.	<p>DS : Ny.Y mengeluh demam</p> <p>DO : Ny. Y tampak memiliki hematoma di sekitar bagian kepala yang di jahit, dan tampak kemerahan Leukosit : 10.86 S : 37.7 C</p>	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi

6. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik
- b. Neusea b.d
- c. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Cidera kepala
- d. Resiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif

7. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik	Tingkat Nyeri L.08066 Ekspektasi : Menurun kriteria hasil 7) Keluhan nyeri menurun	Manajemen Nyeri I.08238 Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik,

		<p>8) Meringis menurun 9) Frekuensi nadi membaik 10) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 11) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 12) Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat</p>	<p>durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal)) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik
2.	Neusea b.d	<p>Tingkat nausea L.08065</p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perasaan ingin muntah menurun 2) Nadi membaik 	<p>Manajemen muntah I.03118.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengalaman muntah - Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif - Identifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis:

			<p>nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor penyebab muntah (mis: pengobatan dan prosedur) - Identifikasi antiemetik untuk mencegah muntah (kecuali muntah pada kehamilan) - Monitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) - Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) - Atur posisi untuk mencegah aspirasi - Pertahankan kepatenan jalan napas - Bersihkan mulut dan hidung - Berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala) - Berikan kenyamanan selama muntah (mis: kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih) - Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memperbanyak istirahat - Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
3.	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Cidera kepala	<p>Perfusi serebral L.02014</p> <p>Ekspektasi : meningkat</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6) Tingkat kesadaran meningkat 7) Kognitif meningkat 8) Tekanan intra kranial menurun 	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial I.06198</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) - Monitor peningkatan TS - Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Monitor penurunan frekuensi jantung - Monitor ireguleritas irama napas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil sampel drainase cairan serebrospinal - Kalibrasi transduser

			<ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Bilas sistem pemantauan, jika perlu - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4.	Resiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif	<p>Tingkat infeksi L.14137</p> <p>Ekepektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 5) Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi I.14539</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p>

			- Kolaborasi pemberian antibiotik
--	--	--	-----------------------------------

Hari/ Tanggal	Jam s/d WIB	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
18-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidaran fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk- tusuk, terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala dan badan, S : 6, T : selalu nyeri). - Mengajarkan Klien tentang skala nyeri - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>S : Ny. Y mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nyeri masih 6 Ny. Y mengatakan sangat senang mendengar terapi murotal karena merasa tenang</p> <p>O : Ny. Y tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan, skala nyeri non verbal masih 6 TD : 120/ 100 mmHg N : 98 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut sedikit teratasi (keluhan nyeri belum menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
18-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Neusea b.d	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengalaman muntah - Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Mengidentifikasi dampak 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing dan tidak nyaman karena ada perasaan ingin muntah. Ny. Y mengatakan tidak untuk makan</p> <p>O : Ny. Y tampak</p>

			<p>muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor penyebab muntah - Memonitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) - Mengontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) - Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) - Mengajarkan keluarga menjaga kebersihan mulut dan hidung Klien - Mengajarkan dan mengajarkan keluarga untuk memberikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala) pada klien - Mengajarkan membawa kantong plastik/baskom untuk menampung muntah - Mengajarkan memperbanyak istirahat - Kolaborasi pemberian obat antiemetik 	<p>terbaring lemah dan masih muntah sebanyak 2 kali \pm 40cc, bibir masih tampak kering tapi tidak begitu tampak pucat N : 98 x/i</p> <p>A : Neusea teratasi sebagian (Frekuensi muntah belum menurun, kuantitas muntah cukup menurun, bibir kering belum menurun, tampak pucat menurun)</p> <p>P : intervensi manajemen Muntah diperahankan</p>
18-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. Y tampaksadar</p>

			<p>frekuensi jantung dan irama nafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Memonitor kadar CO2 dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak begitu gelisah tapi masih meringis kesakitan dan masih mual muntah</p> <p>TD : 120/ 100 mmHg MAP : 106 mmHg N : 98 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala belum menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral diperahankan</p>
18-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. Y mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak demam demam turun 37.7 menjadi 37.0, luka kepala tampak masih hematoma dan kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma, masih kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi diperahankan</p>

8. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
19-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	- Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q :	S : Ny. Y mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 5 Ny. Y mengatakan ia merasa

			<p>terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala, S : 5, T : selalu terasa).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi mural 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>tenang dan akan mendengarkan mural terus menerus</p> <p>O : Ny. Y tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis, skala nyeri non verbal masih 5 TD : 123/ 98 mmHg N : 97 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut sedikit teratasi (keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun, frekuensi nadi cukup membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
19-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Neusea b.d	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengalaman muntah - Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Mengidentifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) - Mengidentifikasi faktor penyebab muntah - Memonitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) - Mengontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing dan tidak nyaman karena ada perasaan ingin muntah. Ny. Y mengatakan tidak nyaman untuk makan</p> <p>O : Ny. Y tampak terbaring lemah dan masih muntah sebanyak 2 kali \pm 20cc, bibir masih tampak kering tapi tidak begitu tampak pucat N : 97 x/i</p> <p>A : Neusea teratasi sebagian (Frekuensi muntah menurun, kuantitas muntah cukup menurun, bibir kering belum menurun, tampak pucat menurun)</p> <p>P : intervensi manajemen</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) - Menganjurkan keluarga menjaga kebersihan mulut dan hidung Klien - Menganjurkn dan mengajarkan keluarga unuk memberikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala) pada klien - Menganjurkan membawa kantong plastik/baskom untuk menampung muntah - Menganjurkan memperbanyak istirahat - Kolaborasi pemberian obat antiemetik 	Muntah diperahankan
19-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. Y tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak begitu gelisah tapi masih meringis kesakitan dan masih mual muntah TD : 123/ 98 mmHg MAP : 106 mmHg N : 97 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala sedikit menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi</p>

				serebral diperahankan
19-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. Y mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : Ny. Y tampak tidak demam, luka kepala tampak masih hematoma dan kemerahan. S : 36.8 C</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma, masih kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi diperahankan</p>

Hari/ Tanggal	Jam s/d WIB	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
20-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala dan badan, S : 5, T : hilang timbul). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk 	<p>S : Ny. Y mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 4 Ny. Y mengatakan ia telah memutar murtal setiap malam</p> <p>O : Ny. Y tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan, skala nyeri non verbal masih 4 TD : 120/ 96 mmHg N : 83 x/i P : 18 x/I S : 36.6 C</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri sedikit menurun, meringis belum menurun, gelisah cukup menurun,</p>

			<p>mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>frekuensi nadi cukup membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
20-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Neusea b.d	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengalaman muntah - Mengidentifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan - Mengidentifikasi dampak muntah terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) - Mengidentifikasi faktor penyebab muntah - Memonitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) - Mengontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) - Mengurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) - Menganjurkan keluarga menjaga kebersihan mulut dan hidung Klien - Menganjurkn dan mengajarkan keluarga unuk memberikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau 	<p>S : Ny. Y mengatakan sudah tidak mual muntah</p> <p>O : Ny. Y tampak terbaring lemah dan sudah nafsu makan. Tampak tidak muntah, bibir masih tampak kering tapi tidak pucat N : 83 x/i</p> <p>A : Neusea teratasi</p> <p>P : intervensi manajemen Muntah dihentikan</p>

			<p>menundukkan kepala) pada klien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan membawa kantong plastik/baskom untuk menampung muntah - Menganjurkan memperbanyak istirahat - Kolaborasi pemberian obat antiemetik 	
20-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. Y tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak begitu gelisah tapi masih meringis kesakitan dan masih mual muntah TD : 120/ 96 mmHg MAP : 104 mmHg N : 83 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala sedikit menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral diperahankan</p>
20-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<p>S : Ny. Y mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak penurunan demam ny.Y dari 37.9 menjadi 36.6 luka kepala tampak masih hematoma dan kemerahan. S : 36.6 C</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma, masih</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi diperahankan</p>
--	--	--	--	---

Hari/ Tanggal	Jam s/d	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
21-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : terlekan dan terasa penuh, R : nyeri di seluruh kepala, S : 4, T : hilang timbul). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>S : Ny. Y mengatakan nyeri sedikit berkurang skala nya 3 Ny. Y mengatakan ia telah memutar murotal setiap malam</p> <p>O : Ny. Y tampak tidak begitu gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan sesekali, skala nyeri non verbal masih 3</p> <p>TD : 120/ 90 mmHg</p> <p>N : 83 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri sedikit menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
21-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. Y tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak begitu gelisah tapi masih</p>

			<p>tingkat kesadaran</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>meringis kesakitan sesekali</p> <p>TD : 120/ 90 mmHg</p> <p>MAP : 100 mmHg</p> <p>N : 83 x/i</p> <p>P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala sedikit menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral diperahankan</p>
21-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. Y mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak demam ny.Y turun dari 37.8 menjadi 36.6, luka kepala tampak masih hematoma tapi tidak kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma, kemerahan menurun)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi diperahankan</p>

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
22-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	- Mengidentifikasi,intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertekan , R : nyeri di bagian luka kepala , S : 3, T : hilang timbul).	S : Ny. Y mengatakan nyeri berkurang skala nya 2 pasien mengatakan sudah nyaman posisi . Ny. Y mengatakan ia telah memutar murotal hampir sepanjang hari

			<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>O : Ny. Y tampak tidak gelisah tetapi sesekali meringis - ringis sesekali, skala nyeri non verbal masih 2</p> <p>TD : 115/ 90 mmHg, N : 92 x/I,</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri sedikit menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri dihentikan</p>
22-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. Y mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. Y tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah</p> <p>TD : 115/ 90 mmHg MAP : 98 mmHg N : 92 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi (Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral dihentikan</p>
22-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema - Mempertahankan teknik 	<p>S : Ny. Y mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : Ny.Y tampak tidak demam, luka kepala tampak masih hematoma</p>

			<p>aseptic pada pasien berisiko tinggi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>tapi tidak kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi (demam menurun, masih hematoma, kemerahan menurun)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dihentikan</p>
--	--	--	---	---

Lampiran 4

Pengkajian Keperawatan 2

Identitas Pasien

Nama pasien : Ny. E
No. RM : 01.21.XX.XX
Umur : 49 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Lubuk Buaya Koto Tengah
Tanggal masuk RS : 25 April 2024
Ruang rawatan : Trauma Center
Tanggal pengkajian : 25 April 2024
Diagnosa medis : CK GCS 15 +VL er parietal sinistra (post hecing)

Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. S
Umur : 24 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Lubuk Buaya Koto Tengah
Hubungan : Anak

1. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien masuk ke RSUP Dr. M. Djamil melalui IGD pada tanggal 25 April 2024 pukul 07. 26 WIB dengan keluhan nyeri kepala setelah kecelakaan lalu lintas

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien masuk ruangan pukul 10.00 dan dilakukan pengkajian pukul 10.30 WIB. Pasien mengatakan nyeri kepala post kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Awal mula kejadian, pasien mengendarai motor lalu pasien terjatuh ke aspal lalu kepala terbentur ke aspal. Ny. S mengatakan pasien tidak sadarkan diri selama 30 menit, terdapat luka robek post hecing dibelakang kepala sepanjang 7 cm , tidak mengalami mual muntah, tidak kejang , tidak sesak, pasien tanpa meringis kesakitan
Pengkajian nyeri :

P : Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing. Q : pasien mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : pasien mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : pasien mengatakan skala nyeri 5. T : pasien mengatakan nyerinya hilang timbul

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien pernah mengalami kecelakaan lalulintas tetapi tidak pernah mengalami cedera kepala sebelum nya, pasien tidak memiliki penyakit hipertensi dan DM

d. Riwayat penyakit keluarga

Suami pasien pernah mengalami kecelakaan lalu lintas 1 tahun yang lalu, keluarga tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi (-), DM (-)

e. Riwayat Psikososial

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

2. Pengkajian Fungsional Gordon

a. Pola Nutrisi dan Metabolik

c) Sehat

Pasien mengatakan seperti biasa dengan lauk pauk dan sayur 3x sehari. Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan tertentu dan pasien selalu minum air putih 5-6 gelas sehari

d) Sakit

Pasien mengatakan porsi makan saat sakit selalu di habiskan walau tidak nyaman saat makan karna nyeri kepala dan pusing, pasien juga minum seperti biasa 5-6 gelas dalam sehari

b. Pola Eliminasi

c) Sehat

BAB: pasien mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning.

BAK : pada saat sehat pasien BAK lebih kurang 4-5 kali dalam sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.

d) Sakit

BAB: pada saat sakit pasien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning.

BAK : pada saat sakit pasien BAK 3- 4 kali sehari dan tidak ada nyeri ketika BAK.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

c) Sehat

Pada saat sehat pasien mampu melakukan aktivitasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain

d) Sakit

Pada saat sakit pasien mengatakan aktivitasnya sering di bantu oleh anak nya seperti toileting bila pusing.

d. Pola Istirahat dan Tidur

c) Sehat

Pasien mengatakan saat sehat pasien tidur 7- 8 jam sehari pada malam hari dan 1 jam tidur siang.

d) Sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur. pasien mengatakan ia merasa lebih banyak tidur ketika di rumah sakit

e. Pola Persepsi Sensori dan Kognitif

Pasien mangatakan lebih senang posisi berbaring di bandingan posisi duduk karna pasien merasa pusing bila duduk, pasien tampak sadar,dapat berkomunikasi dengan baik. Pasien tampak sering gelisah dan meringis kesakitan di bagian kepala

f. Pola Persepsi dan konsep Diri

Pasien mengatakan tidak begitu cemas karenapasien sangat yakin ia pasti sembuh dan bisa beraktivitas kembali seperti biasanya

g. Pola Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan ia merasa bisa melakukan peran sebagai istri selama sakit walau di bantu oleh anak nya bila pusing.

h. Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas seksual selama sakit.

i. Pola Koping dan Toleransi Stress

Pasien mengatakan sedikit cemas karna sakit kepala dan pusing mengakibatkan beberapa aktivitas terhambat

j. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien menganut agama islam dan pasien yakin di setiap peristiwa pasti sudah di takdirkan Allah SWT untuk terjadi, dan pasti ada hikmah nya.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : sadar

b. Pengukuran antropometri

Berat badan : 54 kg

Tinggi badan : 147 cm

c. Tanda – tanda vital :

a) Keadaran umum : Tampak Sakit

b) Kesadaran : compos mentis

c) Tekanan darah : 117/95 mmHg

d) Nadi : 112 x/i

- e) Suhu : 36.8°C
- f) Pernafasan : 18 x/i
- d. Kepala
 - Inspeksi : normocephal, terdapat luka post hecting di bagian temporooccipital dextra (pelipis kanan)
 - Palpasi : teraba massa/ pembengkakan lunak di sekitar luka post hecting
- e. Mata
 - Konjungtiva tidak anemis, penglihatan tidak kabur, reflek cahaya (+), pupil isokor 2mm/2mm
- f. Rambut
 - Inspeksi : rambut tampak memutih, kering , rambut tampak di botakan disekitar area luka post heacting
 - Palpasi : rambut teraba lepek dan kusam
- g. Hidung
 - Tampak bersih dan tidak ada pernafasan cuping hidung Palpasi : tidak teraba pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-).
- h. Mulut
 - Gigi terlihat kuning dan lengkap
- i. Leher
 - Inspeksi : tampak bersih dan tidak terlihat pembengkakan
 - Palpasi : tidak teraba pembengkakan kelenjer tiroid
- j. Dada dan Thoraks
 - Inspeksi : tampak simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya lesi
 - Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama kuat
 - Perkusi : sonor
 - Auskultasi : terdengar vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)
- k. Genitalia
 - Alat kelamin berjenis perempuan, dan tidak ada nyeri ketika BAB/ BAK.
- l. Ekstremitas
 - Inspeksi : tampak ekstremitas atas dan bawah lengkap, tidak tampak pucat
 - Palpasi : CRT 3 detik dan akral teraba hangat

4. Pemeriksaan Penunjang

- c. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal : 25 April 2024 08.12

Nama pemeriksaan	Hasil	Satuan	Rujukan
------------------	-------	--------	---------

APTT	22.2	detik	23.4-30.8
APTT control	27.5		
Hemoglobin	11.3	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	13.22	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hemaokrit	34	%	37.0-43.0
Trombosit	236	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
MCV	84	fL	82.0-92.0
MCH	28	pg	27.0-43.0
MCHC	33	%	32.0-36.0
RDW-CV	13.0	%	11.5-14.5
Natrium	145	mmol/L	136-145
Kalium	3.9	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	113	mmol/L	97-111
Gula darah sewaktu	135	mg/dL	50-200
Kreatinin darah	0.8	mg/dL	0.6-1.2
PT	10.1	detik	9.4-12.8
INR	0.82		<1.2
PT control	10.9		
Ureum Darah	25	mg/dl	10-50

Catatan : Leukositosis – APTT dibawah nilai rujukan

d. Pemeriksaan CT-SCAN

Kesan : subdural hematoma er parietal sinistra

Program Pengobatan

IVFD NaCl 0.9% 8 jam / Kolf

Inj. Ranitidine 2 x 50 mg

Inj. Ampicillin sulbactam 3 x 10 mg

Paracetamol 3 × 500 mg

5. Analisis Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : P : Ny. E mengeluh nyeri kepala dan pusin, intensitas nyeri bertambah jika merubah posisi menjadi duduk. Q : Ny. E mengatakan kepala nya nyeri seperti tertusuk - tusuk dan penuh. R : Ny. E mengatakan nyeri di semua bagian terutama bagian luka di kepala. S : Ny. E Mengatakan skala nyeri 5. T : Ny. E mengatakan nyerinya	Agen pencideraan fisik	Nyeri akut

	<p>hilang timbul</p> <p>DO :</p> <p>Ny. E tampak meringis tampak tidak ingin merubah posisi nya karna takut kepala berperban tergesek kasur (bersikap protektif)</p> <p>TD : 117/75 mmHg</p> <p>N : 112 x/i</p> <p>P : 18x/i</p> <p>S : 36.8 C</p>		
2	<p>DS :</p> <p>Tn. S Mengatakan kepala Ny.E terbentur aspal dan sempat tidak sarkan diri selama 30 menit. Ny. E mengeluh nyeri kepala.</p> <p>DO :</p> <p>Ny.E tampak memiliki Skore GCS 15 E4V5M6</p>	Cedera kepala	Resiko perfusi serebral tidak efektif
3	<p>DS :</p> <p>Ny.E mengeluh badan panas</p> <p>DO :</p> <p>Ny. E tampak memiliki hematoma di sekitar bagian kepala yang di jahit, dan tampak kemerahan</p> <p>Leukosit : 13.22</p> <p>S : 36.7 C</p>	Efek Prosedur invasif	Resiko infeksi

6. Diagnosa Keperawatan

7. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut b.d Agen pencideraan fisik	Tingkat Nyeri L.08066 Ekspektasi : Menurun kriteria hasil	Manajemen Nyeri L.08238 Observasi

		<p>13) Keluhan nyeri menurun 14) Meringis menurun 15) Frekuensi nadi membaik 16) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 17) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 18) Kemampuan menggunakan Teknik non-farmakologi meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi Murottal)) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik
2.	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Cidera kepala	<p>Perfusi serebral L.02014 Ekspektasi : meningkat kriteria hasil: 9) Tingkat kesadaran meningkat 10) Kognitif meningkat 11) Tekanan intra kranial menurun</p>	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial I.06198</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) - Monitor peningkatan TS

			<ul style="list-style-type: none"> - Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) - Monitor penurunan frekuensi jantung - Monitor ireguleritas irama napas - Monitor penurunan tingkat kesadaran - Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil - Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan - Monitor tekanan perfusi serebral - Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal - Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil sampel drainase cairan serebrospinal - Kalibrasi transduser - Pertahankan sterilitas sistem pemantauan - Pertahankan posisi kepala dan leher netral - Bilas sistem pemantauan, jika perlu - Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Resiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif	<p>Tingkat infeksi L.14137</p> <p>Ekepektasi : menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>6) Demam menurun</p> <p>7) Kemerahan menurun</p>	<p>Pencegahan infeksi I.14539</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

		8) Nyeri menurun 9) Bengkak menurun 10) Kadar sel darah putih membaik	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	--	---	--

8. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
25-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk-tusuk dan tertekan, R : nyeri di bagian seluruh kepala, S : 5, T : selalu nyeri). - Mengajarkan menghitung skala nyeri - Mengidentifikasi respon 	<p>S : Ny. E mengatakan nyeri berkurang skalanya 4. Ny. E mengatakan ia senang mendengarkan murotal</p> <p>O : Ny. E tampak tidak gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan skala nyeri non verbal masih 4</p>

			<p>nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>TD : 116/90 mmHg N : 98 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri tidak menurun, meringis tidak menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
25-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. E mengatakan masih sangat pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. E tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah TD : 116/ 90 mmHg MAP : 99 mmHg N : 98 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral dilanjutkan</p>
25-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik 	<p>S : Ny. E mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak penurunan demam dari 37.9 menjadi 36.8 tampak masih</p>

			<p>aseptic pada pasien berisiko tinggi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>hematoma dan kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma dan kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan</p>
--	--	--	---	--

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
26-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk-tusuk dan tertekan , R : nyeri di bagian seluruh kepala , S : 4, T : selalu nyeri). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur 	<p>S : Ny. E mengatakan nyeri berkurang sedikit skala nya 3. Ny. E mengatakan ia selalu meminta anak nya untuk memutarakan murotal untuk nya</p> <p>O : Ny. E tampak tidak gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan skala nyeri non verbal masih 3</p> <p>TD : 120/95 mmHg</p> <p>N : 94 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri tidak menurun, meringis tidak menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>

			- Pemberian analgetik	
26-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. E mengatakan masih sangat pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. E tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah TD : 120/ 95 mmHg MAP : 103 mmHg N : 94 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral dilanjutkan</p>
26-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. E mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak penurunan demam dari 37.7 menjadi 36.6 tampak masih hematoma dan kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma dan kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan</p>
Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
27-4-24	7.30 s/d	Nyeri Akut b.d Agen pencidaran	- Mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST (P : kepala	S : Ny. E mengatakan nyeri tidak berkurang

	14.00 WIB	fisik	<p>masih sangat nyeri karena benturan dan luka, Q : tertusuk-tusuk dan tertekan , R : nyeri di bagian seluruh kepala , S : 3, T : hilang timbul).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>sedikit skala nya 2.</p> <p>O : Ny. E tampak tidak gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan sesekali skala nyeri non verbal masih 2 TD : 117/95 mmHg N : 86 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri menurun, meringis tidak menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
27-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. E mengatakan masih sangat pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. E tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah TD : 117/ 95 mmHg MAP : 102 mmHg N : 86 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi</p>

				serebral dilanjutkan
27-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. E mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak penurunan demam dari 37.8 menjadi 36.6 tampak masih hematoma dan kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma dan kemerahan)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan</p>

Hari/ Tanggal	Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
28-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidaran fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih nyeri karena benturan dan luka, Q : tertekan, R : nyeri di bagian luka, S : 2, T : hilang timbul). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk 	<p>S : Ny. E mengatakan nyeri tidak berkurang skala nya 2 mungkin karena banyak beban pikiran sebab anaknya tertimpa musibah</p> <p>O : Ny. E tampak tidak gelisah tetapi masih meringis - ringis kesakitan sesekali skala nyeri non verbal 2</p> <p>TD : 115/86 mmHg</p> <p>N : 94 x/i</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik)</p>

			<p>mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>P : intervensi manajemen nyeri di pertahankan</p>
28-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. E mengatakan masih sangat pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. E tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah TD : 115/ 86 mmHg MAP : 95 mmHg N : 94 x/i P : 18 x/I</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi sebagian (Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik)</p> <p>P : intervensi perfusi serebral dilanjutkan</p>
28-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian 	<p>S : Ny. E mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : tampak penurunan demam dari 37.7 menjadi 36.5 tampak masih sedikit hematoma dan tidak kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, masih hematoma dan kemerahan mebaik)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dilanjutkan</p>

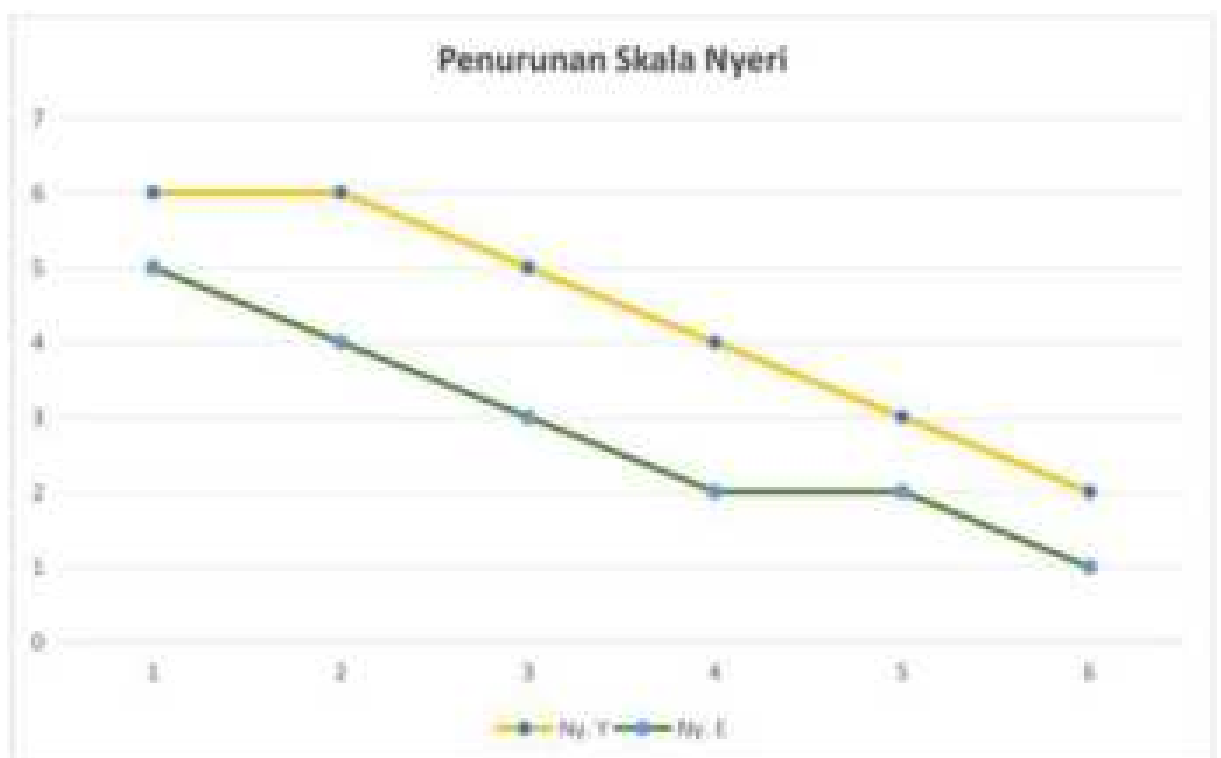
			antibiotik	
Hari/ Tanggal	Jam s/d	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
29-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Nyeri Akut b.d Agen pencidearan fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi, intensitas nyeri PQRST (P : kepala masih nyeri karena benturan dan luka, Q : tertekan, R : nyeri di bagian luka, S : 2, T : nyeri bila tersentuh area luka). - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal (klien tampak meringis dan gelisah) - Menjelaskan strategi meredakan nyeri - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi murotal 15 menit) - Memantau Keberhasilan Terapi Non Farmakologi yang diberikan - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pemberian analgetik 	<p>S : Ny. E mengatakan nyeri berkurang skalanya 1. ny. E mengatakan sangat terbantu dan senang menggunakan terapi murotal</p> <p>O : Ny. E tampak tidak gelisah tetapi masih meringis - ringis sekali bila bagian luka kepala tersentuh sesekali jika tersentuh luka skala nyeri non verbal 1</p> <p>TD : 118/ 80 mmHg, N : 87 x/i,</p> <p>A : masalah Nyeri akut teratasi sebagian (keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik)</p> <p>P : intervensi manajemen nyeri dihentikan</p>
29-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor penurunan frekuensi jantung dan irama nafas - Memonitor penurunan tingkat kesadaran - Mempertahankan posisi kepala dan leher netral 	<p>S : Ny. E mengatakan masih pusing, dan nyeri kepala</p> <p>O : Ny. E tampak sadar dengan GCS 15 E4V5M6, tampak tidak gelisah</p> <p>TD : 118/ 80 mmHg, MAP : 92 mmHg N : 87 x/i, P : 18 x/l, S : 36.6 C</p> <p>A : Perfusi serebral teratasi</p>

				(Nyeri kepala menurun, MAP baik, TD baik, nadi baik, pernafasan baik) P : intervensi perfusi serebral dihentikan
29-4-24	7.30 s/d 14.00 WIB	Resiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Memberikan perawatan kulit pada area edema -Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, memeriksa kondisi luka - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Menganjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi pemberian antibiotik 	<p>S : Ny. E mengatakan tidak merasa demam lagi</p> <p>O : Ny.E tampak tidak demam, tampak masih sedikit hematoma dan tidak kemerahan.</p> <p>A : Pencegahan infeksi teratasi sebagian (demam menurun, hematoma membaik dan kemerahan mebaik)</p> <p>P : intervensi pencegahan infeksi dihentikan</p>

Lampiran 5

Tabel penurunan nyeri

Nama	Skala Awal	18 - 22 April 2024				
		1	2	3	4	5
Ny. Y	6	6	5	4	3	2
		25 - 29 April 2024				
Ny. E	5	4	3	2	2	1



Lampiran 6

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia untuk turut berpartisipasi menjadi reponden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Profesi Ners Poltekkes Kemenkes RI Padang yang berjudul tentang “Penerapan Terapi Non Farmakologis: Murottal Al-Qur’an Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dengan Nyeri Akut Diruang Trauma Center RSUP. Dr. M. Djamil”. Tanda Tangan menunjukkan bahwa saya sudah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Padang, 2024

Responden

Lampiran 7

lka ratu revisi fix

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

15%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

4%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES



jurnal.unimus.ac.id

Internet Source

2%



Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan

Student Paper

1%



zakawerusheidi14.blogspot.com

Internet Source

1%



es.scribd.com

Internet Source

1%



Andoko Andoko, Rika Yulendasari, Yessy
Rachmawati. "Asuhan keperawatan
komprehensif pada klien cedera kepala
sedang dengan terapi komplementer
murottal", JOURNAL OF Public Health
Concerns, 2021

Publication

1%



wendygoxil.blogspot.com

Internet Source

1%



123dok.com

Internet Source

1%