

ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN CEDERA OTAK RINGAN
DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG RAWAT INAP RUMAH
SAKIT NAHDHLATUL ULAMA
JOMBANG

by ITSKes ICMe Jombang

Submission date: 23-Jul-2025 11:21AM (UTC+0900)

Submission ID: 2719249451

File name: KHURIL_AZIZA_LUTFI.docx (733.54K)

Word count: 11382

Character count: 78428

5
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA OTAK RINGAN
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT
NAHDHILATUL ULAMA JOMBANG**



KHURIL AZIZA LUTFI

221210011

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

2025

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT
NAHDHILATUL ULAMA JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Vokasi
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

KHURIL AZIZA LUTFI

221210011

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI

**INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA
MEDIKA JOMBANG**

2025

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera otak ringan merupakan kerusakan otak yang menyebabkan masalah fisik, intelektual, emosional, sosial, atau vokasional ataupun pekerjaan. Cedera kepala dapat menimbulkan tanda dan gejala disfungsi neurologis diantaranya ialah penurunan kesadaran, nyeri kepala, peningkatan tekanan intrakranial, serta reflek patologis positif (Dixon et al., 2020). Cedera otak ringan dapat menyebabkan kerusakan yang serius baik langsung maupun bertahap sehingga membutuhkan evaluasi dan penanganan segera. Tetapi banyak kasus cedera otak ringan tidak ditindaklanjuti secara serius karena gejala tampak ringan, misalnya pusing, mual, hingga bingung. Padahal cedera sekunder bisa muncul dalam waktu 24-72 jam setelah trauma. Banyak faktor yang menyebabkan permasalahan pada kasus cedera otak ringan seperti kurangnya kesadaran klinis terhadap resiko jangka panjang, stigma bahwa cedera otak ringan tidak membutuhkan penanganan jangka panjang, dan keterlambatan deteksi dan minimnya edukasi.

Menurut WHO bahwa di tahun 2023, menyatakan sekitar 21,32 juta orang meninggal setiap tahun akibat cedera otak secara global. Tiap tahun, sekitar kurang lebih 108,7 juta orang mengalami cedera otak ringan di sekitar Asia Tenggara. Sementara itu, sebagai negara berkembang, di negara kita Indonesia cedera otak ringan jumlah kasus diperkirakan sekitar 280 juta jiwa (Agnes Silvina Marbun et al., 2020). Di Indonesia, lebih dari 70% dari

cedera otak kejadian banyak laki- laki dibanding perempuan. Hal ini dikarenakan dengan jenis pekerjaan yang mana lebih beresiko seperti sopir dan lainnya. Lebih dari 30% cedera otak terjadi pada kelompok usia 15–24 tahun, dan lebih dari 32% dari mereka masih berstatus sebagai para pelajar maupun mahasiswa. Hal ini disebabkan oleh mobilitas tinggi dan kurangnya kepatuhan akan peraturan lalu lintas yang umum kejadian pada kelompok pelajar. Kejadian cedera otak juga cenderung lebih tinggi pada individu dengan tingkat pendidikan yang masih rendah (Agnes Silvina Marbun et al., 2020). Di Jawa Timur terdapat 79.473 kematian terkait kejadian cedera otak (DINKES JATIM, 2023). Hasil studi pendahuluan tanggal 10 April 2025 mencapai 19 pasien cedera otak ringan dalam 3 bulan terakhir (RM RSNU Jombang 2025).

Cedera sekunder adalah alur patologis yang mana dimulai saat cedera kejadian, tetapi menunjukkan gejala klinis tertunda. Cedera otak sekunder melihat pada dampak yang mana kejadian pada tubuh setelah terjadinya cedera otak awal. Hal ini terjadi karena adanya kesalahan pada fisiologis tubuh seperti iskemia, reperfusi, dan hipoksia pada bagian – bagian yang mana rentan pada otak. Faktor utama dari cedera otak ringan adalah kecelakaan lalu lintas akibat jatuh atau membentur benda keras. Cedera otak dapat diartikan sebagai cedera kepala, yang mana menggambarkan berbagai cedera pada kulit kepala, tengkorak, otak, alur di bawahnya, dan vaskulogenesis kepala. Cedera otak adalah cedera yang mengenai bagian kepala yang dapat disebabkan oleh benturan benda tumpul maupun benda tajam (Firnanda dkk, 2021). Pasien yang mana mengalami

gangguan pada otak masih mampu melaksanakan tugas – tugas sederhana tetapi tampak kebingungan dan merasa ngantuk. Hal ini sering kali ditandai dengan gangguan kewarasan dan amnesia selama 30 menit pertama. Setelah kewarasan normal *composmentis*, pasien yang mana mengalami cedera otak tiba – tiba akan mengalami rasa sakit yang mana sangat di kepala, yang mana disebabkan oleh tumpuan intrakranial yang mana disebabkan oleh hematoma internal, fisura serebral dan kranial. Pada umumnya pasien cedera otak mengalami sebabnya samping seperti nyeri, pusing, sesak napas, gangguan tidur, mengalami cedera servikal, pendarahan, gangguan sensorik, penglihatan dan pendengaran serta penurunan kesadaran.

¹ Permasalahan di atas, perawat dituntut untuk mengurangi mencegah kejadiannya komplikasi. Perawatan harus mencakup tindakan promosi, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Keterlibatan perawat sangat penting pada memberikan ¹ perawatan profesional kepada pasien yang mana mengalami cedera otak ringan. Perawat akan memberikan manfaat yang signifikan bagi pasien pada alur penyembuhan. Terapi non farmakologi sederhana tanpa biaya dan mudah dilakukan adalah kompres hangat. Kompres hangat merupakan cara yang efektif dilakukan untuk meredakan segala jenis nyeri. Penanganan nyeri akut juga dapat dilakukan dengan cara ¹⁶ terapi autogenik. Terapi relaksasi autogenik adalah terapi yang bersumber dari diri pasien dan kesadaran tubuh dengan mengendalikan ketegangan otot dan hati. Terapi ini akan membuat pasien merasa nyaman dan menjadi lebih tenang. Komunikasi terapeutik juga dapat membantu keluarga dan perawat untuk memberikan strategi dalam mengelola emosi pasien, misalnya dengan

teknik yang bisa mencegah dampak negatif dari kemarahan atau kecemasan pada lingkungan sekitar pasien (Hidayah et al., 2024).

25

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang?

1.3 Tujuan

2.1.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.

2.1.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.
- b. Menentukan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.
- c. Menetapkan intervensi keperawatan pada pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang,
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.

- c. Melaksanakan evaluasi ³⁴ pada pasien dengan Cedera Otak Ringan ²⁷ dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian diharapkan memperluas pandangan dan pengetahuan ilmu keperawatan tentang bagaimana cara mengatasi masalah kesehatan pada Pasien dengan Cedera Otak Ringan dengan Nyeri Akut di Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang.

1.4.2 Praktis

- a. Bagi Pasien dan Keluarga

Memberikan informasi mengenai cedera otak ringan dan bagaimana cara pencegahan di rumah dan mengatasi cedera otak ringan secara mandiri sebagaimana yang telah di anjurkan oleh petugas kesehatan agar dapat diterapkan oleh pasien dan keluarganya.

- b. Bagi Tenaga Kesehatan

Mendapatkan pengetahuan dan menerapkannya pada pasien yang mengalami cedera otak ringan agar ³² dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara maksimal dan optimal dengan cara meningkatkan tindakan farmakologi.

- c. Bagi ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan dan memperkaya ilmu keperawatan medikal bedah sehingga dapat dijadikan referensi pembelajaran dan bahan pertimbangan khususnya pada kasus cedera otak ringan.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menjadi rujukan dengan merubah variabel, sumber informasi dan bahan referensi penelitian selanjutnya agar bisa lebih dikembangkan dalam materi-materi yang lainnya untuk meningkatkan kualitas pembelajaran pada kasus cedera otak ringan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

3.1 Konsep Teori Cedera Otak Ringan

2.2.1 Definisi Cedera Otak

Cedera otak merupakan suatu kegawatdaruratan yang sering dijumpai di Instalasi Gawat Darurat (IGD). Cedera otak ringan merupakan gangguan traumatik pada otak yang dapat menimbulkan perubahan fungsi atau struktur pada jaringan otak akibat mendapatkan kekuatan mekanik eksternal berupa trauma tumpul maupun penetrasi yang bisa menimbulkan gangguan fungsi kognitif, fisik maupun psikososial baik sementara ataupun. (Ns. Agnes Silvina Marbun et al., 2020)

Penyebab terjadinya cedera otak ringan sebagian besar dikarenakan kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, tertimpa benda, kecelakaan olahraga, dan korban kekerasan fisik. Tingkat keparahan cedera dapat berbeda dari signifikan tergantung pada aspek – aspek seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat keparahan cedera (Christian & Fritz Dimas, 2021)

2.2.2 Etiologi

Sebabnya cedera otak Menurut (Ns. Agnes Silvina Marbun et al., 2020).

Yaitu:

a. Trauma Tajam

Trauma yang mana diakibatkan suatu hal yang mana tajam dapat mengakibatkan trauma menpada atau lokal. Cedera lokal, yaitu hematoma serebral, memar otak, dan cedera otak sekunder kejadian akibat perluasan lesi, pergeseran otak, atau hernia.

b. **Trauma Tumpul**

Trauma akibat benda tumpul dapat mengakibatkan trauma seluruh tubuh menyebar. Lesi dapat tersebar luas dan mengambil empat bentuk berbeda, ini mencakup rusaknya otak akibat kurangnya pasokan oksigen (hipoksia), pembengkakan otak yang mana meluas, cedera pada serat saraf (akson), dan adanya banyak perdarahan kecil pada otak (hemoragi) pada kasus koma yang mana disebabkan oleh cedera luas pada hemisfer serebral, batang otak, atau keduanya.

2.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis cedera otak terdiri dari:

a. **Cedera otak ringan**

1. Hilangnya kesadaran
2. Pasien mungkin mengadu sakit kepala atau pusing
3. Pasien mungkin mengadu tentang kulit kepala lecet, luka, atau hematoma
4. Termasuk cedera tidak ada

b. **Cedera otak sedang**

1. Konfusi amnesia setelah trauma
2. Pasien memuntahkan sesuatu
3. Tanda-tanda kemungkinan patah pada tengkorak
4. Terjadi kejang

c. **Cedera otak berat**

1. Turunnya tahap kesadaran progresif
2. Tanda-tanda neurologis fokal

3. Cedera otak tembus atau patah tertekan yang mana terjadi secara menyeluruh

2.2.4 Klasifikasi

Cedera otak diklasifikasikan menjadi tiga kelompok. berdasarkan nilai GCS (Glasgow Coma Scale) yang merupakan pemeriksaan untuk menggambarkan tingkat gangguan kesadaran pada semua jenis pasien medis dan trauma akut. GCS dilakukan sebelum perawatan untuk menilai kesadaran dan membantu menentukan penanganan awal yang tepat untuk pasien (Shobhit Jain & Lindsay M. Iverson, 2023). GCS dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Cedera otak ringan

Dengan nilai GCS 13-15. Keadaan pasien sadar penuh, membuka mata bila dipanggil. Dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia tetapi kurang dari 30 menit dan disorientasi. Tidak ada fraktur tengkorak, tidak ada kontusia, cerebral dan hematoma.

- b. Cedera otak sedang

Dengan nilai GCS 9-12. Pasien kehilangan kesadaran, namun masih menuruti perintah yang sederhana atau amnesia lebih dari 30 mneit tetapi kurang dari 24 jam. Dapat mengalami fraktur tengkorak.

- c. Cedera otak berat

Dengan nilai GCS 3-8 dimana pasien kehilangan kesadaran dan atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam. Juga meliputi kontusio serebral, laserasi, atau hematoma intracranial.

Berikut ini tabel penilaian tingkat kesadaran dengan Glasgow Coma Scale

Tabel 2. 1 Skala Glasgow Coma Scale (Riduansyah et al., 2021)

Jenis pemeriksaan	Nilai
Respon membuka mata	
• Spontan	4
• Peka terhadap suara	3
• Peka terhadap rangsangan nyeri	2
• Tidak ada respon	1
Respon verbal	
• Berorientasi dengan baik	5
• Orientasi terganggu	4
• Suara tidak jelas	3
• Kata-kata yang diucapkan tidak jelas	2
• Tidak ada respon	1
Respon motorik	
• Mampu menggerakkan tubuh	6
• Mampu melokalisasi rangsangan nyeri	5
• Fleksi menarik	4
• Fleksi abnormal	3
• Ekstensi	2
• Tidak ada respon	1

2.2.5 Pathofisiologi

Patofisiologi dari cedera otak traumatik 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

komplit yang merupakan penanda pasien yang menderita cedera kepala traumatik berat.

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 serabu 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.

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan cedera kepala Menurut (Ns. Agnes Silvina Marbun et al., 2020) meliputi:

- a. CT Scan: tanpa/dengan kontras mengidentifikasi adanya hemoragik, menentukan ukuran ventrikuler, pergeseran jaringan otak.
- b. Angiografi serebral: menunjukkan kelainan sirkulasi serebral, seperti pergeseran jaringan otak akibat edema, perdarahan, trauma.
- c. X-Ray: mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang.
- d. Analisa Gas Darah: mendeteksi ventilasi atau masalah pernapasan (oksigenasi) jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial.
- e. Elektrolit: untuk mengkoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intrakranial.
- f. MRI (Magnetic Resonance Imaging): untuk mengevaluasi cedera vascular serebral dengan cara noninvasive.
- g. EEG (elektro ensefalogram): mengukur aktivitas gelombang otak disemua regio korteks dan berguna dalam mendiagnosis kejang serta mengaitkan pemeriksaan neurologis abnormal.
- h. BAER (Brainstem Auditory Evoked Responses) dan SSEP (Somatosensory Evoked Potensial): pemeriksaan prognostic yang bermanfaat pada pasien cedera kepala. Hasil abnormal dari salah satu pemeriksaan tersebut dapat membantu menegakan diagnosis disfungsi batang otak yang tidak akan menghasilkan pemulihan fungsional yang bermakna.

2.2.8 Komplikasi

a. Edema Pulmonal

Komplikasi paru-paru yang paling serius pada pasien cedera kepala adalah edema paru. Ini mungkin terutama berasal dari gangguan neurologis atau akibat dari sindrom distress pernapasan dewasa edema paru dapat terjadi akibat dari cedera pada otak yang menyebabkan adanya refleksi cushing.

b. Kebocoran Cairan Serebral

Hal yang umum pada beberapa pasien cedera kepala dengan fraktur tengkorak untuk mengalami kebocoran CSS dari telinga atau hidung. Ini dapat akibat dari fraktur pada fossa anterior dekat sinus frontal atau dari fraktur tengkorak basiliar bagian petrous dari tulang temporal.

c. Kerusakan Saraf Kranial

1. Anosmia

Kerusakan nervus olfactorius menyebabkan gangguan sensasi pembauan yang jika total disebut dengan anosmia dan bila parsial disebut hiposmia. Tidak ada pengobatan khusus bagi penderita anosmia.

2. Gangguan Penglihatan

Gangguan pada nervus opticus timbul segera setelah mengalami cedera (trauma). Biasanya disertai hematoma di sekitar mata, proptosis akibat adanya perdarahan, dan edema di dalam orbita. Gejala klinik berupa penurunan visus, skotoma, dilatasi pupil dengan reaksi cahaya negative, atau hemianopia bitemporal.

Dalam waktu 3-6 minggu setelah cedera yang mengakibatkan kebutaan, terjadi atrofi papil yang difus, menunjukkan bahwa kebutaan pada mata tersebut bersifat irreversible.

3. Oftalmoplegi

Oftalmoplegi adalah kelumpuhan otot-otot penggerak bola mata, umumnya disertai proptosis dan pupil yang midriatik. Tidak ada pengobatan khusus untuk oftalmoplegi, tetapi bisa diusahakan dengan latihan ortoptik dini.

4. Paresis Fasialis

Umumnya gejala klinik muncul saat cedera berupa gangguan pengecapan pada lidah, hilangnya kerutan dahi, kesulitan menutup mata, mulut moncong, semuanya pada sisi yang mengalami kerusakan.

5. Gangguan Pendengaran

Gangguan pendengaran sensori-neural yang berat biasanya disertai vertigo dan nistagmus karena ada hubungan yang erat antara koklea, vestibula dan saraf. Dengan demikian adanya cedera komplikasi.

d. Disfasia

Secara ringkas, disfasia dapat diartikan sebagai kesulitan untuk memahami atau memproduksi bahasa disebabkan oleh penyakit system saraf pusat. Penderita disfasia membutuhkan perawatan yang lebih lama, rehabilitasinya juga lebih sulit karena masalah komunikasi. Tidak ada pengobatan yang spesifik untuk disfasia kecuali speech therapy.

e. Hemiparesis

Hemiparesis atau kelumpuhan anggota gerak satu sisi (kiri atau kanan) merupakan manifestasi klinik dari kerusakan jaras pyramidal di korteks, subkorteks, atau di batang otak. Penyebabnya berkaitan dengan cedera kepala adalah perdarahan otak, empiema subdural, dan herniasi transtentorial.

f. Sindrom Pasca Trauma Kepala

Sindrom pascatrauma kepala (postconcussional syndrome) merupakan kumpulan gejala yang kompleks yang sering dijumpai pada penderita cedera kepala. Gejala klinisnya meliputi nyeri kepala, vertigo gugup, mudah tersinggung, gangguan konsentrasi, penurunan daya ingat, mudah terasa lelah, sulit tidur, dan gangguan fungsi seksual.

g. Fistula Karotiko-Kavernosus

Fistula karotiko-kavernosus adalah hubungan tidak normal antara arteri karotis interna dengan sinuskavernosus, umumnya disebabkan oleh cedera pada dasar tengkorak. Gejala klinik berupa bisung pembuluh darah (bruit) yang dapat didengar pemeriksa dengan menggunakan stetoskop, disertai hyperemia dan pembengkakan. konjungtiva diploia dan penurunanvisus, nyeri kepala dan nyeri pada orbita, dan kelumpuhan otot-otot penggerak bola mata.

h. Epilepsi

Epilepsi pascatrauma kepala adalah epilepsi yang muncul dalam minggu pertama pascatrauma (early posttrauma epilepsy) dan epilepsy yang muncul lebih dari satu minggu pascatrauma (late posttraumatic

epilepsy) yang pada umumnya muncul dalam tahun pertama meskipun ada beberapa kasus yang mengalami epilepsi setelah 4 tahun kemudian.

2.2.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis cedera otak Menurut (Christian & Fritz

Dimas, 2021) meliputi:

a. Non pembedahan

Penatalaksanaan medis non-bedah termasuk glukokortikoid (dexametason) untuk mengurangi pembengkakan, diureti osmotik (manitol) yang mana dipindahkan lewat jarum dengan filter untuk menghilangkan mikroskopis, diuretik loop (contohnya, furosemide) untuk mengobati tumpuan intrakrania. Dengan obat (pancuronium) jika customer pada keadaan aktif lubang angin mekanis untuk pembedahan.

b. Pembedahan

Penatalaksanaan medis dari operasi kraniotomi harus menangani hematoma subdural atau epidural.

3.2 Konsep Teori Nyeri Akut

2.3.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) No. HK.01.07-MENKES-425 menyebutkan permasalahan nyeri dibagi menjadi dua yakni diagnosa nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai dengan adanya ketegangan otot (Kemenkes RI, 2020).

yang tidak diatasi akan berdampak pada penurunan kualitas tidur, penurunan daya konsentrasi, hingga adanya penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), nyeri juga melibatkan aspek emosional. Dampak psikologis yang diakibatkan nyeri yakni stres, kecemasan, dan depresi. (IASP, 2020) menjelaskan rasa sakit bisanya memiliki peran adaptif, namun nyeri memiliki efek buruk pada fungsi dan kesejahteraan sosial dan psikologis. Penelitian (Mhesin et al., 2022) menemukan bahwa pasien dengan tingkat keparahan nyeri yang lebih tinggi dan gangguan nyeri memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Selain itu, orang yang mengalami nyeri, 18 kali lebih mungkin mengalami insomnia karena nyeri mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur serta membuat saraf lebih aktif dan membuat seseorang tetap terjaga.

WHO juga turut menitikberatkan pentingnya pengelolaan yang efektif terhadap nyeri. Manajemen nyeri yang tepat dapat meningkatkan kualitas hidup individu, memfasilitasi pemulihan dari kondisi penyakit dan mengurangi dampak negatif yang disebabkan oleh nyeri. Rencana manajemen nyeri membantu pasien dengan nyeri merasa lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Cleveland, 2021).

2.3.2 Penatalaksanaan Nyeri Akut

Berdasarkan tangga analgesik WHO yang diperbarui, penatalaksanaan nyeri meninjau pada kualitas hidup dan dimaksudkan sebagai pendekatan dua arah, memperluas strategi untuk mengobati nyeri akut. Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi beberapa langkah tergantung

tingkatan nyeri. Maka dari itu, penting untuk memiliki pengetahuan yang memadai tentang nyeri, menilai derajatnya pada pasien melalui evaluasi yang tepat dan meresepkan obat yang tepat (Aabha A. Anekar et al., 2023).

Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

Tidak ada nyeri	Nyeri ringan	Nyeri sedang	Nyeri hebat	Nyeri sangat hebat	Nyeri paling hebat
-----------------	--------------	--------------	-------------	--------------------	--------------------

Tabel 2. 2 Skala Nyeri Deskriptif

Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Tabel 2. 3 Skala Nyeri Numerik Pengelompokan:

No	Skala	Keterangan
1.	0	: Tidak nyeri
2.	1-3	: Nyeri ringan, dapat berkomunikasi
3.	4-6	: Nyeri sedang, mendesis, menyeringai
4.	7-9	: Nyeri berat, tidak dapat mengikuti perintah
5.	10	: Nyeri sangat berat, tidak mampu lagi berkomunikasi

Tabel 2. 4 Pengelompokan Skala Nyeri

Terapi non farmakologi sederhana tanpa biaya dan mudah dilakukan adalah kompres hangat. Kompres hangat merupakan cara yang efektif dilakukan untuk meredakan segala jenis nyeri. Penanganan nyeri akut juga

dapat dilakukan dengan cara terapi autogenik. Terapi relaksasi autogenik adalah terapi yang bersumber dari diri pasien dan kesadaran tubuh dengan mengendalikan ketegangan otot dan hati. Terapi ini akan membuat pasien merasa nyaman dan menjadi lebih tenang (Wijayanti et al., 2020).

Pemberian manajemen nyeri berupa teknik non farmakologi juga ditemukan dapat mengurangi nyeri. Penggunaan teknik non farmakologi lebih murah, dan memiliki efek samping yang lebih sedikit daripada obat-obatan dan pasien dapat mendemonstrasikannya setelah pulang. Beberapa teknik non farmakologi yang digunakan adalah teknik relaksasi napas dalam, hypnosis 5 jari, dan guided imagery. Teknik napas dalam merupakan teknik relaksasi yang sering digunakan. Untuk mengurangi nyeri pasca operasi dan meningkatkan kualitas tidur pasien, teknik relaksasi pemapasan dalam juga direkomendasikan. Penanganan nyeri teknik relaksasi napas dalam juga dapat diberikan untuk merilekskan otot-otot tubuh dan meningkatkan oksigenasi tubuh untuk menunjang penurunan intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Melibatkan keluarga dalam pelaksanaan intervensi dapat memotivasi pasien untuk mengatasi masalah nyeri. Dukungan keluarga untuk kerabat yang sakit seta sedang menjalani pengobatan meningkatkan kualitas hidup dan mempercepat pemulihan (Rachmawati et al., 2022).

3.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien cedera otak ringan dengan masalah keperawatan nyeri akut. Pengkajian

dilakukan

guna mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan. Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (mis. tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan fisik).

a. Identitas

Lengkapi identitas 2 pasien dengan cedera otak ringan yang mana meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosis medis, tanggal MRS, dan alamat. Selain identitas customer, identitas penanggung jawab juga diperiksa, seperti nama, umur, pekerjaan, pendidikan, dan keterkaitan dengan klien (Janes Jainurakhma et al., 2021)

b. Keluhan Utama

Kehilangan kesadaran, mengantuk, mual dan muntah, sakit kepala, asimetri wajah, kelemahan, kelumpuhan, pendarahan, patah tulang, kehilangan keseimbangan, kesulitan menggenggam, kehilangan ingatan saat kejadian, tidak dapat beristirahat. Metode PQRST dapat digunakan untuk mendapatkan data pengkajian dari klien yang lengkap tentang nyeri (Fibriana, 2024).

1. P (provokatif), apa penyebab timbulnya rasa nyeri?
2. Q (qualitas), seberapa berat keluhan nyeri terasa?
3. R (region), dimana lokasi nyerinya?
4. S (skala), berapa skala nyeri termasuk nyeri ringan atau sedang atau berat?
5. T (time), kapan keluhan nyeri dirasakan?

- c. Riwayat kesehatan sekarang
Riwayat kesehatan saat ini merupakan aspek penting ketika petugas kesehatan membuat diagnosis atau menuntukan kebutuhan klien. Kaji kapan dan mengapa cedera kejadian (Janes Jainurakhma et al., 2021)
- d. Riwayat kesehatan dahulu
Penjabaran riwayat kesehatan yangmana pernah di derita sebelumnya.
- e. Riwayat kesehatan keluarga
Penjabaran riwayat kesehatan yangmana dialami klien berasal dari keluarga apa tidak, dan berapa lama mengalaminya.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Meliputi pemeriksaan inspeksi, auskultasi palpasi dan perkusi

- a. Kulit, rambut, kuku
Inpeksi : kaji adanya panas, luka, jaringan parut dan kelainan lainnya. Palpasi : kaji adanya peningkatan suhu, pembengkakan kulit, edema dan massa.
- b. Kepala
Inpeksi : kaji kesimetrisan wajah, tengkorak, kulit adakah lesi atau massa.
Palpasi : kaji bentuk kepala, adakah kelainan seperti bengkak, benjolan dan nyeri tekan.
- c. Mata
Inpeksi : kaji bentuk kelopak mata, kesimetrisan, evaluasi adanya edema, evaluasi adanya edema, lesi, evaluasi konjungtiva dan sklera (untuk menentukan apakah klien anemis atau tidak)

Palpasi : kaji adanya pembengkakan pada area rongga mata dan saluran pada air mata.

d. Hidung

Inpeksi : kaji kesimetrisan, adanya lesi atau cairan

Palpasi : kaji dan periksa adanya nyeri, massa dan kelainan pada bentuk hidung

e. Telinga

Inpeksi : kaji kesimetrisan, posisi, bentuk telinga serta warna

Palpasi : kaji dan periksa sensitivitas apakah ada nyeri tekan atau tidak.

f. Mulut

Inpeksi : kaji warna, mukosa mulut, lesi dan kaji kebersihan mulut.

g. Leher

Inpeksi : kaji kesimetrisan, warna kulit, massa serta pembengkakan.

Palpasi : kaji apakah adanya evaluasi kelenjar tiroid

h. Paru-paru

Inpeksi : kaji kesimetrisan serta kaji adanya lesi atau tidak.

Palpasi : kaji dan perintah klien untuk mengucapkan angka guna membandingkan dimensi paru kiri dan kanan.

Perkusi : kaji adanya nada perkusi (sonor, hipersonor atau redup)

Aukultasi : kaji bunyi inspirasi dan ekspirasi

i. Jantung dan pembuluh darah

Inpeksi : kaji titik nadi

maksimal.

Palpasi : kaji daerah aorta pada daerah intercostal 2 kiri, gerakan jari ke daerah intercostal 3 dan 4 trikuspid, 5-7 cm katup mitral pada garis midklavikula kiri.

Perkusi : kaji untuk mengukur denyut jantung

Auskultasi : kaji bunyi jantung individu S1 dan S2.

j. Abdomen

Inpeksi : kaji kesimetrisan datar, cekung, kaji adanya massa atau lesi.

Palpasi : kaji epigastrium, hepar dan ginjal

Perkusi : kaji 4 kuadran (pada membran timpani, tinggi membran timpani, gangguan pendengaran).

Auskultasi : kaji peristaltik usus (bising usus) diukur dalam 1 menit.

k. Genetelia

Inpeksi : kaji kebersihan, perdarahan, cairan, bau dan adakah

kelainan Palpasi : kaji evaluasi pembengkakan dan massa

l. Ekstremitas

Inpeksi : kaji kesimetrisan, lesi pembengkakan serta massa

Palpasi : kaji kekuatan otot, kehangatan distal, waktu pengisian kapiler (CRT) serta adakah kelainan pergeseran sendi.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut b.d agen cedera biologis
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d peningkatan TIK
- c. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan
- d. Defisit perawatan diri b.d kekurangan energi

2.3.4 Intervensi Keperawatan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN KEPERAWATAN (SLKI)	RENCANA KEPERAWATAN (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (D.0077)	<p>2. Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka nyeri akut membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (1-5) 2. Meringis menurun (1-5) 3. Gelisah menurun (1-5) 4. Kesulitan tidur menurun (1-5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>2. Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)	<p>Keadegunaan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (L. 03030)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka resiko defisit nutrisi membaik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (1-5) 2. Perasaan cepat kenyang menurun (1-5) 	<p>Pemantauan nutrisi (I.01014)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kalori <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan secara rutin 2. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik <p>Edukasi :</p>

	3. Berat badan membaik (1-5)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet yang tepat 2. Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah dan oksigen ke jaringan oksigen (D.0017)	<p>Perfusi serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka resiko perfusi jaringan serebral membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (1-5) 2. Sakit kepala menurun (1-5) 3. Gelisah menurun (1-5) 	<p>Menejemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkata TIK 3. Monitor status pemapasan <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. menimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi fowler <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kekurangan energi	<p>Perawatan diri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola nafas membaik dengan kriteria hasil :</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan, berpakaian, berhias, dan makan

1. Kemampuan mandi meningkat (1-5)	2. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usai
2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (1-5)	
3. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (1-5)	Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
4. Kemampuan makan meningkat (1-5)	
5. Minat melakukan perawatan diri meningkat (1-5)	Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang mana dilakukan juru rawat untuk membantu bagian klien dari kondisi kesehatan bermasalah yang mana dihadapkan ke kondisi kesehatan yang mana baik yang mana menerangkan kriteria hasil yang mana diinginkan (Hidayat A. A., 2021).

2.3.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan sudah tercapai atau tidak. Evaluasi bukanlah akhir dari proses keperawatan, melainkan mekanisme berkelanjutan yang memastikan intervensi yang berkualitas. Evaluasi terkait erat dengan masing-masing tahap lain dari proses keperawatan (Hidayat A. A., 2021).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rencana penelitian ini memakai kaedah deskriptif berbentuk kajian dengan alur keperawatan merangkumi penilaian, diagnosis keperawatan, intervensi, pelaksanaan, dan penilaian.. Penyelidikan deskriptif juga merupakan penyelidikan yang mana dijalankan dengan objektif utama untuk memberikan uraian objektif atau uraian tentang sesuatu fakta (Purnia Dini Silvi & Alawiyah Tuti, 2020).

Jenis penelitian ini yaitu deskriptif analitik dalam bentuk sebuah studi kasus dimana studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah terkait Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Otak Ringan Dengan Nyeri Akut Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini ialah pendekatan asuhan keperawatan yang di dalamnya meliputi identifikasi data hasil pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan atau intervensi, pelaksanaan atau implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam hal ini merupakan asuhan keperawatan pasien cedera otak ringan di ruang rawat inap Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang. Penulis studi kasus diminta untuk menjelaskan konsep dasar cedera otak ringan dan deskriptif, jika perlu menambahkan data kualitatif yang disediakan sebagai atribut. Batasan yang dibuat oleh penulis.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam kasus ini adalah dua penderita cedera otak ringan dengan kriteria subjek :

- a. 2 pasien dengan cedera otak ringan
- b. 2 pasien yang dirawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nahdhatul Ulama Jombang
- c. 2 pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut
- d. 2 pasien yang kooperatif
- e. 2 pasien dengan usia 40 - 55 tahun

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi studi kasus ini rencananya akan dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nahdhatul Ulama Jombang. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan April 2025.

3.5 Pengumpulan Data

Pada sebagian dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

- a. Wawancara

Wawancara adalah komunikasi antara dua pihak atau lebih yang bisa dilakukan dengan tatap muka dimana salah satu pihak berperan sebagai interview dengan tujuan tertentu, misalnya untuk mendapatkan informasi atau mengumpulkan data. Interviewer menanyakan sejumlah pertanyaan kepada interviewee untuk mendapatkan jawaban (Dr. R. A. Fadhallah, 2020). Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-penyakit keluarga dll. Para peneliti melakukan dua jenis wawancara yaitu (wawancara dengan

pasienn) dan Aloanamnesis (Wawancara dengan keluarga pasien). Wawancara adalah metode pengumpulan informasi dari klien. Wawancara ini dapat mengacu pada rekam medis. Wawancara ini dapat mengacu pada riwayat keperawatan. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai wawancara penerimaan jika pasien tidak diwawancarai saat masuk ke fasilitas medis. Saat dokter mengumpulkan informasi ini riwayat medis, dan di beberapa area perawat, dengan bantuan mahasiswa keperawatan, meninjau catatan keperawatan.

b. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan langsung, fenomena, atau perilaku di lapangan. Teknik ini memungkinkan peneliti untuk mengamati dan mencatat apa yang mereka lihat dalam situasi sebenarnya tanpa campur tangan atau perubahan dari pihak peneliti (Wani et al, 2024).

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah sarana yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan yang membedakan struktur dan fungsi tubuh yang normal dan abnormal.pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hal itu dilakukan untuk menunjang dan memperoleh data objektif.

d. Studi dokumentasi

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode penelitian terdokumentasi. Peneliti mengumpulkan data dengan menarik informasi dari dokumen sumber. Dokumen asli bisa dalam format

gambar. Menyelesaikan *spreadsheet* atau *checklist*, hasil lab, status pasien, dan formulir observasi.

3.6 Uji Keabsahan Data

Sugiyono (2020) Kesahan data dalam kajian ini dapat menyokong penentuan keputusan akhir sesuatu kajian. Dalam menambah data yang sah dan kompleks, penyelidik menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi ditakrifkan sebagai teknik kumpulan data dan sumber data sedia ada.

a. Triangulasi Teknik

Triangulasi Teknik dalam menguji kredibilitas data yang dilaksanakan melalui teknik mengecek data dari sumber yang sama namun melalui teknik yang berbeda. Bila melalui ¹⁴ teknik pengujian kredibilitas data tersebut, menghasilkan data yang berbeda-beda, maka peneliti melaksanakan diskusi lebih lanjut dari sumber data yang bersangkutan dalam memastikan data mana yang dianggap benar.

b. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber dalam menguji kredibiliti data dikerjakan dengan memeriksa data yang telah dibandingkan melalui berbagai sumber. Data dari ketiga-tiga sumber ini tidak boleh diuratakan seperti dalam penyelidikan kualitatif, tetapi diterangkan, ditaip, pandangan mana yang sama, yang berbeda, dan yang khusus daripada ketiga-tiga sumber data tersebut. Data yang telah dianalisis oleh pengkaji kemudiannya menghasilkan kesimpulan yang kemudiannya diminta persetujuan (nender check) melalui ketiga-tiga data tersebut.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan saat peneliti berada di lapangan. Dari sudut pengumpulan data hingga pengumpulan data secara keseluruhan, analisis data ditantang dengan menyajikan tambahan fakta versus teori yang ada, mengemukakan pendapat, mendiskusikan masalah dengan teknik analisis yang digunakan, dan memberikan jawaban – jawaban yang diperoleh dari interpretasi wawancara melakukan penelitian menyeluruh untuk memecahkan masalah pemodelan. Teknik analisis titik menggunakan metode observasi penyidik dan studi dokumentasi. Sebagai panduan untuk langkah-langkah ini, menghasilkan data untuk interpretasi dan perbandingan dengan teori yang ada. Urutan dalam analisis adalah :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data adalah proses pendekatan berbasis subjek dan proses pengumpulan data tergantung pada desain penelitian. Proses pengumpulan data tergantung pada desain dan teknologi alat yang digunakan. Proses pengumpulan data untuk studi kasus ini terdiri dari tiga tahap yaitu pengumpulan data dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen), pengumpulan data: evaluasi, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi data.

b. Penyajian data

Data dapat disajikan sebagai tabel, gambar, bagan atau teks penjelasan. Identitas pasien disamarkan untuk menjamin kerahasiaan pasien. Data dapat disajikan sebagai tabel, gambar, bagan atau teks penjelasan. Kami

memastikan kerahasiaan pasien kami dengan menganonimkan identitas Anda.

c. Kesimpulan

Data yang disajikan didiskusikan dan dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya dan pendekatan teoritis perilaku kesehatan. Ringkasan bersifat induktif. Informasi yang dikumpulkan berkaitan dengan data *assesmen*, *diagnostik*, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Secara umum, prinsip etika untuk penelitian atau pengumpulan data dibagi menjadi tiga bagian. Sesuai dengan Prinsip Hormat dan Prinsip Keadilan, juga terdapat pernyataan sebagai berikut:

a. *Informed consent* (persetujuan menjadi klien)

Subyek harus diberitahu sepenuhnya tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan. Pasien memiliki hak untuk berpartisipasi secara bebas atau menolak untuk menjadi responden. *Informed consent* juga harus menyatakan bahwa informasi yang diterima hanya akan digunakan untuk pengembangan pengetahuan.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Memberikan keamanan dalam penggunaan topik penelitian dengan tidak mencantumkan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur, dan hanya menuliskan kode pada lembar data.

c. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua data yang terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya grup data tertentu yang ditampilkan untuk hasilnya. Peneliti menyimpan semua informasi yang diberikan oleh responden. Harap jangan gunakan informasi ini untuk keuntungan ilmiah pribadi dan eksternal.

d. *Ethical Clearance* (klirens etik)

Suatu instrumen untuk mengukur keberterimaan secara etik suatu rangkaian proses riset. Setiap kegiatan riset diwajibkan memiliki Surat Persetujuan Klirens Etik Riset dari Komisi Etik sebelum penelitian dimulai.

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.4.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada penelitian ini peneliti melakukan pengambilan data dan pengkajian pada pasien cedera otak ringan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nahdhlatul Ulama Jombang Jl. KH. Hasyim Asyari No. 211, Kec. Diwek, Jombang, Jawa Timur. Lingkungan sekitar rumah sakit cukup tenang, didominasi pemukiman dan fasilitas umum dengan akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan.

4.4.2 Pengkajian

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. L	Tn. R
Umur	45 Tahun	51 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTA
Pekerjaan	IRT	Wiraswasta
Alamat	Mojowarno, Jombang	Diwek, Jombang
Status Pernikahan	Janda	Menikah
Tanggal MRS	27 April 2025	28 April 2025
Jam MRS	15.02 WIB	11.29 WIB
Tanggal Pengkajian	28 April 2025	29 April 2025
Jam Pengkajian	13.30	13.30
No. RM	400***	400***
Diagnosa Medis	Cedera Otak Ringan	Cedera Otak Ringan

Tabel 4. 2 Identitas Penanggung Jawab Pasien

Identitas Penanggung Jawab	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. Q	Ny. T
Umur	47 Tahun	49 Tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SLTA
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	Mojowarno, Jombang	Diwek, Jombang
Hubungan dengan px	Saudara	Istri

Tabel 4. 3 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kiri	Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang
Riwayat Kesehatan sekarang	<p>Pasien mengatakan pada tanggal 27 April 2025 sekitar pukul 14.42 pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri kepala hebat setelah mengalami kecelakaan sepeda motor, kejadian tersebut terjadi ketika pasien pulang dari tempatnya bekerja dan tiba-tiba terdapat motor yang memotong jalan sehingga pasien kaget untuk menghindari sehingga pasien terjatuh ke sisi kiri, waktu kejadian pasien tidak mengenakan helm dan pasien sempat pingsan di tempat kejadian, setelah mendapatkan pertolongan awal, pasien dibawa ke ke ruang rawat inap pada hari yang sama, yaitu tanggal 27 April 2024 pada jam 15.02, beberapa saat setelah dilakukan pemeriksaan awal di IGD. Hasil evaluasi dari IGD pasien sekitar pukul 15.02 pasien kemudian dipindahkan keruang rawat inap untuk observasi lanjutan, stabilitas kondisi, serta pemantauan TTV dan mendapatkan terapi medis.</p>	<p>Pasien mengatakan pada tanggal 28 April 2025 sekitar pukul 11.05 WIB pasien datang ke IGD dengan keluhan nyeri kepala belakang. Pasien terpeleset saat berada di kamar mandi dan jatuh dengan posisi belakang kepala membentur lantai keramik. Setelah kejadian, pasien merasa pusing dan muncul rasa nyeri yang terus-menerus pada bagian belakang kepala. Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD, termasuk observasi dan pemeriksaan penunjang, pasien kemudian dipindahkan ke ruang rawat inap untuk pemantauan dan perawatan lebih lanjut pada hari yang sama, yaitu tanggal 28 Mei 2025, pukul 11.29 WIB. Perlunya observasi lebih lanjut terhadap gejala seperti nyeri dan pusing, pasien kemudian dipindahkan keruang rawat inap padahari yang sama. Diruang rawat inap pasien mendapatkan perawatan lanjutan dan pemantauan secara berkala.</p>
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit apapun
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan anggota keluarga tidak memiliki riwayat penyakit apapun	Pasien mengatakan anggota keluarga tidak memiliki riwayat penyakit apapun

Tabel 4. 4 Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Merokok	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : 3 biji/ hari Jenis : kretek Ketergantungan : iya
Alkohol	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada
Obat – obatan	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak
A lergi	Tidak ada	Tidak ada
Harapan di rawat di RS	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nutrisi dan metabolik	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita
Pengetahuan tentang penyakit	Pasien mengetahui tentang keamanan dan keselamatan kesehatan	Pasien mengetahui tentang keamanan dan keselamatan kesehatan
Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan	Diet TKTP	Diet TKTP
Jenis diet	Buah kering, udang, makanan olahan. Produk olahan susu	Buah kering, udang, makanan olahan. Produk olahan susu
Diet / pantangan	Saat dirumah pasien menghabiskan 1 porsi makanan 3x sehari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan ¼ porsi makanan 3x sehari	Saat dirumah pasien menghabiskan 1 porsi makanan 3 – 4 x sehari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 1/2 porsi makanan 3x sehari
Nafsu makan	Menurun	Menurun
Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
Jumlah cairan / minuman	Saat dirumah pasien menghabiskan minum kurang lebih 6 gelas/ hari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 3 gelas air/ hari	Saat dirumah pasien menghabiskan minum kurang lebih 6 – 7 gelas/ hari Saat di rumah sakit pasien menghabiskan 2-3 gelas air/ hari
Jenis cairan	A ir mineral	A ir mineral
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
A ktivitas dan latihan	Mandiri	Mandiri
Kemampuan perawatan diri		
Makan / minum	Mandiri	Mandiri
Toileting	Mandiri	Mandiri
Berpakaian	Mandiri	Mandiri
Berpakaian	Mandiri	Mandiri
Berpindah	Mandiri	Mandiri
Mobilisasi ditempat tidur dan ambulasi ROM	Mandiri	Mandiri

Alat bantu	Tidak ada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat dan tidur	Kebiasaan tidur pasien harus tidur siang 1 – 2 jam perhari agar tidak pusing	Tidak ada kebiasaan tidur
Kebiasaan tidur		
Lama tidur	Saat dirumah : Saat siang 1-2 jam / hari Saat malam 5-6 jam / hari Saat dirumah sakit : Saat siang : 1 jam / hari Saat malam : 3-4 jam / hari	Saat dirumah : Saat siang tidak pernah tidur Saat malam 5-7 jam / hari Saat dirumah sakit : : Saat siang : tidak pernah tidur Saat malam : 3-4 jam / hari
Masalah tidur	Tidak ada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi	BAB 1x sehari	BAB 1x sehari
Kebiasaan defekasi		
Pola defekasi	Saat dirumah BAB 1x sehari, Saat MRS belum BAB	Saat dirumah BAB 1x sehari, Saat MRS belum BAB
Wama feses	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
Kolostomi	Tidak ada	Tidak ada
Kebiasaan miksi	3-6 x perhari	4-5 x perhari
Wama urine	Kuning jernih	Kuning jernih
Jumlah urine	Kurang lebih 1500 ml/ hari	Kurang lebih 1100 ml/ hari
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Pola persepsi diri (Konsep Diri)	Rendah karena penyakit yang diderita	Rendah karena penyakit yang diderita
Harga diri		
Peran	Sebagai ibu rumah tangga	Sebagai kepala keluarga
Identitas diri	Merasa ada yang kurang dari dirinya	Merasa ada yang kurang dari dirinya
Ideal diri	Ingin cepat sembuh	Ingin cepat sembuh
Penampilan	Tampak bersih	Tampak kotor
Koping	Px tampak gelisah	Px tampak gelisah
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Seksual dan reproduksi	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Frekuensi hubungan seksual		
Hambatan hubungan seksual	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Periode menstruasi	Tidak Terkaji	Tidak haid
Masalah menstruasi	Tidak ada	Tidak haid
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Kognitif perseptual	Normal	Normal
Keadaan mental		
Berbicara	Lancar	Lancar
Kemampuan memahami	Baik	Baik
Ansietas	Cemas dan gelisah	Tenang
Pendengaran	Baik	Baik
Penglihatan	Baik	Baik

Nyeri	Terdapat nyeri pada kepala bagian kiri, P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala sebelah kiri bertambah saat melakukan aktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri pada kepala bagian kiri, S: Skala nyeri 7, T: nyeri sering timbul	Terdapat nyeri pada kepala bagian belakang, P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang bertambah saat melakukan aktivitas, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri pada kepala bagian belakang, S: Skala nyeri 5, T: nyeri sering timbul
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nilai dan keyakinan	Islam	islam
A gama yang dianut	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari Allah SWT untuk mengurai dosanya	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari Allah SWT untuk mengurai dosanya
Nilai atau keyakinan terhadap penyakit	Tidak ada	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 4. 5 Pengkajian

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Vital sign		15
Tekanan darah	130/90 mmHg	120/70 mmHg
Nadi	95x / menit	90 x / menit
Suhu	36,1°C	36,5°C
Respirasi rate (RR)	22x / menit	18 x / menit
SpO2	97 %	98%
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS	456	456
Keadaan umum		
Status gizi	Normal	Normal
Berat badan	49 kg	60 kg
Tinggi badan	156 cm	169 cm
Indeks Masa Tubuh		
SMRS	20,1	21,1
MRS	20,1	21,1
Sikap	Gelisah	Gelisah
Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Penampilan : keadaan umum pasien lemah, klien tampak pucat, dan mengeluh nyeri di bagian kepala sebelah kiri. Kesadaran : composmentis Turgor kulit <2detik GCS : 456 TTV TD : 130/80 mmHg	Penampilan : keadaan umum pasien lemah dan pucat, pasien gelisah, nyeri pada kepala bagian belakang. Kesadaran : composmentis Turgor kulit <2detik GCS : 456 TD : 120/70 mmHg N : 90x / menit S : 36,5°C

	N : 95x / menit S : 36,1°C RR : 22x / menit	RR : 18x / menit
Pemeriksaan fisik Kepala	Inpeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam dan beruban, tidak ada benjolan ataupun lesi Palpasi : Ada nyeri tekan di kepala	Inpeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam, tidak ada benjolan ataupun lesi Palpasi : Ada nyeri tekan di kepala
Mata	Inpeksi : Mata simetris, alis tebal, pupil isokor, sclera normal konjungtiva merah.	Inpeksi : Mata simetris, alis tipis, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva merah.
Hidung	Inpeksi : Hidung simetris tidak ada gangguan peradangan, dan tidak ada sekret.	Inpeksi : Hidung simetris tidak ada gangguan peradangan dan tidak ada sekret
Telinga	Inpeksi : Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada cairan, pendengaran baik	Inpeksi : Telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada cairan, pendengaran baik.
Mulut dan tenggorokan	Inpeksi : Mukosa pada bibir terlihat kering, mulut bersih.	Inpeksi : Mukosa simetris, bibir terlihat kering, mulut bersih.
Leher	Inpeksi : Tidak ada massa atau benjolan dan tidak terdapat lesi Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid.	Inpeksi : Tidak ada massa atau benjolan dan tidak terdapat lesi Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid.
Thorax, paru dan jantung	Inpeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding sama antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di daerah dada. Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan). Aukultasi :	Inpeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding sama antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan di daerah dada. Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan). Aukultasi :

	Tidak ada suara nafas tambahan pada jantung S1 (lub) S2 (dub) tunggal, suara nafas vesikuler.	Tidak ada suara nafas tambahan pada jantung S1 (lub) S2 (dub) tunggal, suara nafas vesikuler.
Abdomen	Inpeksi : Perut terlihat simetris Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen Perkusi : timpani.	Inpeksi : Perut terlihat simetris, tidak ada kelainan Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen Perkusi : timpani
Genetelia	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area kandung kemih	Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area kandung kemih
Ekstremitas dan persendian	Inpeksi : Pasien tampak lemas, namun dapat berjalan dan beraktivitas dengan baik / dapat ke kamar mandi sendiri Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Kekuatan otot : 5 5 5 5	Inpeksi : Pasien tampak lemas, namun dapat berjalan dan beraktivitas dengan baik / dapat ke kamar mandi sendiri Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Kekuatan otot : 5 5 5 5

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Penunjang

1	Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2	Nilai normal
	Hemoglobin	12,7 g/dl	13,3 g/dl	11,7 – 15, 5
	Leukosit	8,61 10^3 /ul	8,82 10^3 /ul	3,6 – 11
	Hematokrit	33,5 %	35,5 %	35 – 47 %
	Eritrosit	4,58 10^6 /ul	4,75 10^6 /ul	3,8 – 5,2
	MCV	73,1 fl	74,7 fl	82 – 92
	MCH	27,7 pg	28,1 pg	27 – 31
	MCHC	37,9 g/l	37,6 g/l	31 – 36
	RDW – CV	13,5 %	14,5 %	11,5 – 14,5
	Trombosit	268 10^3 /ul	314 10^3 /ul	150 - 440
	Eosinofil	0,2 %	0,1%	2-4
	Basofil	1 %	1%	<1
	Limfosit	16,4 %	28,8 %	25 – 40
	Monosit	0,2 %	5 %	2 – 8
	Glukosa darah sewaktu	143 mg / dl	106 mg / dl	<200

Tabel 4. 7 Terapi Obat

Pasien 1	Pasien 2
Infuse : NS 500cc/24 jam	Infuse : NS 500cc/24jam
Injeksi :	Injeksi :
1) Ondansetron 3x1	1) Ceftriaxone 3x1
2) Ketrolac 3x1	2) Ketrolac 3x1
3) Ranitidin 3x1	3) Ranitidin 3x1
4) Cephafox 2x1	

Tabel 4. 8 Analisa Data

Analisa data	Etiologi	Masalah
Pasien 1 Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri dan pusing pada kepala bagian kiri pasien juga mengeluhkan mual Data objektif : Pasien tampak kurang bersemangat, Pasien tampak lemas dan nyeri kepala Kesadaran : Composmentis GCS : 456 Mukosa kering TTV TD : 130/90 mmHg S : 36,1°C N : 95x / menit RR : 22x / menit Skala Nyeri : P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala sebelah kiri bertambah saat melakukan aktivitas Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian kiri S: Skala nyeri 7 T: Nyeri sering timbul	Trauma Tumpul ↓ Cedera Kepala ↓ Cedera Primer ↓ Tulang Kranial ↓ Terputusnya Kontinuitas Jaringan ↓ Nyeri Akut	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

<p>Pasien 2</p> <p>Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang</p> <p>Data objektif : Pasien tampak lemas, Pasien tampak gelisah Kesadaran : Composmentis GCS : 456 Mukosa kering Mulut tampak bersih TTV TD : 120/70 mmHg S : 36,5°C N : 90x / menit RR : 18x / menit Skala Nyeri : P: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang bertambah saat melakukan aktivitas Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul</p>	<p>Trauma Tumpul</p> <p>↓</p> <p>Cedera Kepala</p> <p>↓</p> <p>Cedera Primer</p> <p>↓</p> <p>Tulang Kranial</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya Kontinuitas Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>
--	---	--

4.4.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 9 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1	Pasien 2
Nyeri Akut	Nyeri Akut

4.4.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 10 Intervensi Keperawatan

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)																																	
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis (D.0077)	Tingkat nyeri (L.0721) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mencapai kriteria hasil : Menurun (5)	Manajemen Nyeri (I.08238)																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Indikator</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Keluhan nyeri menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Indeks					1	2	3	4	5	1	Keluhan nyeri menurun					√	2	Meringis menurun					√	3	Gelisah menurun					√	Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu
No	Indikator			Indeks																															
		1	2	3	4	5																													
1	Keluhan nyeri menurun					√																													
2	Meringis menurun					√																													
3	Gelisah menurun					√																													

4.4.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Implementasi Keperawatan Pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Nyeri Akut	Senin, 20 April 2025	13.30	1. Mengobservasi TTV TD: 130/90 mmHg S: 36,9 C RR: 22x / menit N: 89x / menit Kes: Composmentis GCS: 456	
		13.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala sebelah kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 7 T: Nyeri hilang timbul	
		15.00		
		15.10	3. Mengidentifikasi skala nyeri dengan skala 7	
		15.20	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
		15.30	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
		15.45	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman	
		16.00	7. Memfasilitasi istirahat tidur 8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV	

Nyeri Akut	Selasa, 21 April 2025	08.30	1. Mengobservasi ¹⁰ TTV TD: 120/80 mmHg S: 36 C RR: 20x / menit N: 80x / menit Kes: Composmentis GCS: 456
		08.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala sebelah ¹² Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul
		09.00	3. Mengidentifikasi skala nyeri dengan skala 5
		09.10	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		09.20	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
		09.30	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman
		09.45	7. Memfasilitasi istirahat tidur
		10.00	8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj cephafox 1x1 vial IV

Nyeri Akut	Rabu, 22 April 2025	08.30	1. Mengobservasi ¹⁰ TTV TD: 120/70 mmHg S: 36 C RR: 22x / menit N: 83x / menit Kes: Composmentis GCS: 456
		08.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala sebelah kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul
		09.00	3. Mengidentifikasi skala nyeri dengan skala 3
		09.10	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		09.20	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
		09.30	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman
		09.45	7. Memfasilitasi istirahat tidur
		10.00	8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj cephafox 1x1 vial IV

Tabel 4. 12 Implementasi Keperawatan Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Nyeri Akut	Senin, 20 April 2025	13.30	1. Mengobservasi TTV TD: 120/70 mmHg S: 36,5 C RR: 18x / menit N: 90x / menit Kes: Composmentis GCS: 456	
		13.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul	
		15.00		
		15.10	3. Mengidentifikasi skala nyeri dengan skala 5	
		15.20	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
		15.30	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	
		15.45	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman	
		16.00	7. Memfasilitasi istirahat tidur 8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV	

Nyeri Akut	Selasa, 21 April 2025	08.30	1. Mengobservasi TTV TD: 110/70 mmHg S: 36,4 C RR: 20x / menit N: 86x / menit Kes: Composmentis GCS: 456
		08.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul
		09.00	3. Mengidentifikasi skala nyeri dengan skala 4
		09.10	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		09.20	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
		09.30	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman
		09.45	7. Memfasilitasi istirahat tidur
		10.00	8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj ceftriaxone 1x1 vial IV

Nyeri Akut	Rabu, 22 April 2025	08.30	1. Mengobservasi TTV TD: 120/80 mmHg S: 36,3 C RR: 20x / menit N: 84x / menit Kes: Composmentis GCS: 456
		08.45	2. Mengkaji dan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Px mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 2 T: Nyeri hilang timbul
		09.00	
		09.10	3. Mengidentifikasi skala nyeri 2
		09.20	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
		09.30	5. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
		09.45	6. Mengontrol lingkungan yang nyaman
		10.00	7. Memfasilitasi istirahat tidur 8. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj ceftriaxone 1x1 vial IV

4.4.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 13 Implementasi Keperawatan Pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut	Senin, 20 April 2025	18.00	<p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada kepala sebelah kiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kurang bersemangat 2. Pasien tampak lemas 3. Keadaan umum TD: 130/90 mmHg N: 95x / menit RR: 22x / menit S: 36,1 C Kes: composmentis GCS: 456 4. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala sebelah kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 7 T: Nyeri sering timbul <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Mengajarkan teknis relaksasi nafas dalam 4. Mengontrol lingkungan yang nyaman 5. Memfasilitasi istirahat tidur 6. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj cephafox 1x1 vial IV 	

Nyeri akut	Selasa, 21 April 2025	20.00	<p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada kepala sebelah kiri</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak kurang bersemangat2. Pasien tampak lemas3. 22adaan umum TD: 120/80 mmHg N: 80x / menit RR: 20x / menit S: 36 C Kes: composmentis GCS: 4564. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala 6belah kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 5 T: Nyeri sering timbul <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi skala nyeri2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri3. Mengajarkan teknis relaksasi nafas dalam4. Mengontrol lingkungan yang nyaman5. Memfasilitasi istirahat tidur6. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj cephafox 1x1 vial IV
------------	--------------------------	-------	---

Nyeri akut	Rabu, 22 April 2025	10.00	S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala sebelah kiri sudah berkurang O: 1. Pasien tampak segar dan bersemangat 2. T : keadaan umum TD: 120/70 mmHg N: 83x / menit RR: 22x / menit S: 36 C Kes: composmentis GCS: 456 3. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala 6 : sebelah kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala sebelah kiri S: Skala nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul A: Masalah keperawatan nyeri teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang
------------	------------------------	-------	---

Tabel 4. 14 Implementasi Keperawatan Pasien 2

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut	Senin, 20 April 2025	18.30	<p>S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada kepala bagian belakang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak lemas 3. 3 Tanda umum TD: 120/70 mmHg N: 90x / menit RR: 18x / menit S: 36,5 C Kes: composmentis GCS: 456 4. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Mengajarkan teknis relaksasi nafas dalam 4. Mengontrol lingkungan yang nyaman 5. Memfasilitasi istirahat tidur 6. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj ceftriaxone 1x1 vial IV 	

Nyeri akut	Selasa, 21 April 2025	19.00	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien terlihat segar2. Keadaan umum TD: 110/70 mmHg N: 86x / menit RR: 20x / menit S: 36,4 C Kes: composmentis GCS: 4563. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 4 T: Nyeri hilang timbul <p>A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi skala nyeri2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri3. Mengajarkan teknis relaksasi nafas dalam4. Mengontrol lingkungan yang nyaman5. Memfasilitasi istirahat tidur6. Mengkolaborasi pemberian obat Inf Ns 500ml 14 tpm Inj ketrolac 1x1 1 amp IV Inj ranitidine 1x1 1 amp IV Inj ceftriaxone 1x1 vial IV
------------	--------------------------	-------	--

Nyeri akut	Rabu, 22 April 2025	10.30	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang sudah berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak segar dan bersemangat2. 23 adaan umum TD: 120/80 mmHg N: 84x / menit RR: 22x / menit S: 36,3 C Kes: composmentis GCS: 4563. Mengidentifikasi skala nyeri P: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kiri 6 bagian kiri Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian kiri S: Skala nyeri 2 T: Nyeri hilang timbul <p>A: Masalah keperawatan nyeri teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p>
------------	------------------------	-------	--

4.2 Pembahasan

Pada kasus ini, peneliti membahas tentang kesesuaian antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 yang dirawat pada tanggal 27 April 2025 dan pasien 2 yang dirawat pada tanggal 28 April 2025. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada dua pasien yang menderita cedera otak ringan disertai dengan keluhan nyeri akut. Pada hasil penelitian ini, ditemukan perbedaan antara kedua pasien. Pasien 1 mengeluhkan nyeri dan pusing pada kepala bagian kiri seperti ditusuk-tusuk dan sering timbul, dengan tekanan darah 130/90 mmHg, suhu tubuh 36,1°C, nadi 95 kali per menit, saturasi oksigen 98%, dan frekuensi pernapasan 22 kali per menit. Sedangkan pasien 2 mengalami nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang yang terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul, dengan tekanan darah 120/70 mmHg, suhu tubuh 36,5°C, nadi 90 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 18 kali per menit. Nyeri yang muncul terasa seperti ditusuk-tusuk pada kepala merupakan gejala yang umum dialami oleh pasien cedera otak ringan. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, tidak melebihi 6 bulan dan ditandai dengan adanya ketegangan otot (Kemenkes RI, 2020). Menurut peneliti, pasien 1 yang mengalami nyeri seperti ditusuk-tusuk dan sering timbul sedangkan pasien 2 merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori nyeri akut didefinisikan sebagai nyeri yang muncul tiba-tiba akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial. Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang timbul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial, dengan durasi kurang dari 6 bulan. Nyeri akut biasanya ditandai dengan keluhan subjektif nyeri, perubahan tanda-tanda vital, dan ekspresi nyeri.

Hasil pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2, teridentifikasi diagnosis nyeri akut yang berkaitan dengan terputusnya kontinuitas jaringan. Pasien 1 melaporkan nyeri dan pusing pada kepala bagian kiri seperti ditusuk-tusuk dan sering timbul saat melakukan aktivitas, dengan tingkat keparahan nyeri pada skala 7. Sedangkan pasien 2 mengeluhkan nyeri dan pusing pada kepala bagian belakang yang terasa seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul nyeri pada skala 5. Perumusan diagnosis nyeri akut yang berkaitan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral ditandai dengan skala nyeri yang melebihi batas normal, yang merupakan indikator dari adanya nyeri akut.

Berdasarkan teori atau fakta yang dikemukakan, peneliti menyimpulkan bahwa nyeri akut merupakan diagnosis utama karena sesuai dengan keluhan utama, tingkat nyeri yang melebihi ambang normal, dan adanya hubungan yang jelas antara kejadian trauma dengan keluhan nyeri yang dialami pasien. Oleh karena itu, nyeri akut merupakan respons primer tubuh terhadap cedera dan menjadi fokus utama dalam intervensi keperawatan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan pada pasien 1 dan 2 yang mengalami masalah keperawatan berupa nyeri akut akibat terputusnya kontinuitas jaringan. Karena nyeri belum berhasil diatasi, maka intervensi keperawatan perlu diberikan.

Nyeri akut yang dialami pasien akibat terputusnya kontinuitas jaringan, ditangani berdasarkan pedoman SIKI PPNI tahun 2019. Diharapkan, dalam kurun waktu 3x24 jam setelah pelaksanaan intervensi keperawatan, intensitas nyeri dapat menurun, kegelisahan berkurang, dan tekanan darah membaik. Intervensi yang diberikan mencakup pengkajian menyeluruh terhadap nyeri, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas. Selain itu, dilakukan observasi tanda-tanda vital, penilaian menggunakan skala nyeri, serta penerapan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Pasien juga diberikan edukasi mengenai faktor-faktor pemicu nyeri, dan jika diperlukan, dilakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgesik.

Peneliti menyimpulkan bahwa intervensi ini diharapkan mampu menurunkan nyeri dalam kurun waktu 3x24 jam, yang akan ditunjukkan melalui penurunan skala nyeri, penurunan kecemasan, dan stabilisasi tekanan darah pasien.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2, berdasarkan (SIKI PPNI 2019), melibatkan indentifikasi lokasi nyeri pada pasien 1 yang terletak di kepala bagian kiri dan pasien 2 yang terletak pada kepala bagian belakang.

Karakteristik nyeri pada pasien 1 digambarkan seperti terasa ditusuk-tusuk dan sering timbul, sedangkan pada pasien 2 seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul. Selain itu, dilakukan penilaian mengenai durasi, frekuensi, serta integritas nyeri, dengan pengukuran skala nyeri pada pasien 1 dengan skala 7 dan pasien 2 dengan skala 5. Untuk mengurangi rasa nyeri yang berlebihan, diterapkan teknik non-farmakologi seperti, mengajarkan teknik pernafasan dalam, menjelaskan penyebab nyeri, serta berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian obat.

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan melalui pengkajian terhadap lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan insensitas nyeri. Selain itu, dilakukan penelitian terhadap skala nyeri, observasi tanda-tanda vital, serta penerapan teknik non-farmakologi untuk membantu mengurangi nyeri. Perawat juga memberikan edukasi mengenai faktor-faktor pemicu nyeri dan bekerja sama dengan tim medis dalam pemberian obat sesuai kebutuhan pada (SIKI PPNI 2019).

Menurut peneliti, tindakan keperawatan yang dilakukan telah sesuai dengan rencana yang disusun dalam menangani nyeri akut pada pasien cedera otak ringan. Hal ini terlihat dari pelaksanaan intervensi yang dilakukan dalam kasus tersebut.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan terhadap pasien 1 dan pasien 2 setelah 3 hari pelaksanaan intervensi menunjukkan adanya perbaikan kondisi, ditandai dengan penurunan tingkat nyeri dan stabilnya kondisi pasien.

Terapi relaksasi autogenik adalah terapi ¹¹ yang bersumber dari diri pasien dan kesadaran tubuh dengan mengendalikan ketegangan otot dan hati. Terapi ini akan membuat pasien merasa nyaman dan menjadi lebih tenang. (Putri, 2022).

Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa teknik relaksasi dapat dijadikan strategi pendukung dalam manajemen nyeri akut, khususnya pada pasien dengan cedera otak ringan.

BAB 5
KESIMPULAN

N

5.1 Kesimpulan

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Otak Ringan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Nahdhatul Ulama Kabupaten Jombang, maka dengan ini dapat mengambil kesimpulan dan saran yang di buat studi kasus. Berdasarkan studi kasus manajemen nyeri pada Ny. L dan Tn. R dengan permasalahan yang telah dibahas oleh penulis, maka dapat disimpulkan hal- hal sebagai berikut :

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada pasien 1 dan pasien 2 terdapat perbedaan. Pada pasien 1 mengeluhkan nyeri kepala bagian kiri terasa seperti ditusuk-tusuk dan sering timbul. Sedangkan pasien 2 mengatakan nyeri di kepala bagian belakang terasa seperti ditusuk- tusuk dan hilang timbul.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang dapat ditegakkan adalah Nyeri akut.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diterapkan pada pasien 1 dan 2 disusun berdasarkan diagnosis yang telah ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang relevan. Penyusunan intervensi ini berdasarkan pada masalah yang ditemukan melalui hasil pengkajian, baik yang dilakukan secara

mandiri oleh perawat maupun melalui kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

d. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya. Implementasi pada pasien 1 dan pasien 2 disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing yang berkaitan dengan hipertensi. Seluruh rencana intervensi yang telah dirancang sebelumnya diterapkan pada kedua pasien tersebut.

e. Evaluasi Keperawatan

Tahap akhir dari proses keperawatan adalah melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan. Evaluasi ini dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 selama 3 hari, dan disusun dalam format SOAP. Tujuannya adalah untuk menilai dan memantau perkembangan kondisi pasien.

5.2 Saran

a. Bagi Pasien Cedera Otak Ringan dan Keluarga

Bagi pasien dengan cedera otak ringan disarankan untuk beristirahat total setidaknya selama 24 hingga 72 jam pertama guna mempercepat proses pemulihan otak. Aktivitas fisik dan mental yang berat yang membutuhkan konsentrasi tinggi sebaiknya dihindari. Selama masa pemulihan, pasien perlu memantau gejala yang mungkin muncul, seperti muntah berulang, nyeri kepala yang semakin berat, kejang, bagi keluarga pasien ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman, selalu dukung proses rehabilitasinya, berikan dukungan emosional.

b. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong perawat untuk menjalin kerja sama yang efektif dalam memberikan asuhan keperawatan secara cermat, profesional, dan menyeluruh. Berdasarkan hasil penelitian disarankan agar perawat melakukan pengkajian secara menyeluruh dan berkelanjutan dengan mengacu pada SDKI, SLKI, dan SIKI. Perawat juga diharapkan mengoptimalkan teknik non- farmakologis, seperti terapi relaksasi dan pernafasan dalam.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam memberikan pendidikan kepada mahasiswa mengenai asuhan keperawatan terkait nyeri akut pada pasien cedera otak ringan. Informasi ini bermanfaat bagi institusi pendidikan secara umum dan bagi mahasiswa secara khusus dalam menerapkan serta mengembangkan karya ilmiah di masa mendatang. Selain itu, tulisan ini juga dapat menjadi pedoman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera otak ringan.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan di bidang keperawatan, khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis cedera otak ringan secara komprehensif, serta mengikuti perkembangan literatur-literatur keperawatan terkini.

**DAFTAR
PUSTAKA**

- Aabha A. Anekar, Joseph Maxwell Hendrix, & Marco Cascella. (2023). *WHO Analgesic Ladder*.
- Agnes Silvina Marbun, Elida Sinuraya, Amila, & Galvani Volta Simanjuntak. (2020). *GLASGOWCOMA SCALE (GCS) DAN TEKANAN DARAH SISTOLIK SEBAGAI PREDIKTOR OUTCOME PASIEN CEDERA KEPALA*.
- Christian, & Fritz Dimas. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN PENURUNAN KESADARAN PADA KASUS CEDERA KEPALA BERAT TERHADAP Tn.R DI IGD RSUD. AHMAD YANI KOTA METRO*.
- Cleveland. (2021). Pain Management, Cleveland Clinic. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/21514-pain-management>
- ⁷ Dixon, J., Comstock, G., Whitfield, J., Richards, D., Burkholder, T. W., Leifer, N., Mould-Millman, N. K., & Calvello Hynes, E. J. (2020). Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review. In *African Journal of Emergency Medicine* (Vol. 10, Issue 3, pp. 159–166). Africa⁴ Federation for Emergency Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.05.006>
- Dr. ²⁶ A. Fadhallah, S. Psi. , M. S. (2020). *Wawancara*. <https://books.google.co.id/books?id=rN4fEAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false>
- Fibriana, I. L. (2024). Analisis Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Nyeri Kronis Pada Gouth Arthritis Menggunakan Senam Ergonomik Di UPT Pesangrahan PMKS Mojopahit Mojokerto. *Galang Tanjung, 2504*, 1–9.
- Hidayah, U., Kelana Setiadi, D., Ridwan, H., Studi, P., Keperawatan, S., Sumedang, K., & Pendidikan Indonesia, U. (2024). *DAMPAK KOMUNIKASI TERAPEUTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA TERHADAP PERAWAT DI PANTI REHABILITASI MENTAL BAROKAH BHAKTI SUMEDANG*.
- Janes Jainurakhma, Dheni Koerniawan, Edi Supriadi, & Sanny Frisca. (2021). *Dasar-dasar Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dengan Pendekatan Klinis*. Yayasan Kita

Menulis https://www.researchgate.net/publication/351770221_Dasardasar_Asuhan_Keperawatan_Penyakit_Dalam_dengan_Pendekatan_Klinis

- Mhesin, D., Nazzal, H., Amerah, J., Azamtta, M., Ismail, Y., Daralammouri, Y., Abdalla, M. A., Jaber, M. M., Koni, A. A., & Zyoud, S. H. (2022). Prevalence of pain and its association with quality of life of patients with heart failure in a developing country: findings from a multicenter cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02864->
- Ns. Agnes Silvina Marbun, S. K. M. K., Ns. Elida Sinuraya, S. K. M., Galvani Volta Simanjuntak, M. K., & Ns. Amila, M. Kep. , Sp. Kep. M. (2020). *Manajemen Cedera Kepala* (Yayuk Umaya, Ed.). Simanjutak, Marbun, A. S., & Sinuraya, E. (2020). *Manajemen Cedera Kepala*. Ahlimedia Press.
- Purnia Dini Silvi, & Alawiyah Tuti. (2020). *Metode Penelitian : Strategi Menyusun Tugas Akhir*. <https://repository.nusamandiri.ac.id/index.php/repo/viewitem/13100#>
- Riduansyah, M., Zulfadhilah, M., & Annisa, A. (2021). GAMBARAN TINGKAT KESADARAN PASIEN CEDERA KEPALA MENGGUNAKAN GLASGOW COMA SCALE (GCS). *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 5(3), 137. <https://doi.org/10.32419/jppni.v5i3.236>
- Shobhit Jain, & Lindsay M. Iverson. (2023). *National Library of Medicine*. Wijayanti, L., Setiawan, A. H., Wardani, E. M., Keperawatan, F., & Kebidanan, D. (2020). *PENGARUH AUTOGENIK RELAKSASI DAN AROMA TERAPI CENDANA TERHADAP TEKANAN DARAH PADA LANSIA HIPERTENSI*.
- World Health Organization. (2023). Road traffic injuries. In WHO. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain.
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Hidayat, A.A. (2021). *Pengantar dokumentasi proses*

keperawatan. Jakarta : EGC Wani, A. S., Yasmin, F. A., Rizky, S., Syafira, S., & Siregar, D. Y. (2024). Penggunaan Teknik Observasi Fisik dan Observasi Intelektual Untuk Memahami Karakteristik Siswa di Sekolah Menengah Pertama. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 8(1), 3737–3743.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2020. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2020. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2020. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta; Dewan Pengurus Pusat PPNI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA OTAK RINGAN DENGAN NYERI AKUT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT NAHDHLATUL ULAMA JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

13%	13%	3%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	6%
2	repository.stikesmitrakeluarga.ac.id Internet Source	1%
3	repository.ump.ac.id Internet Source	1%
4	jurnal-ppni.org Internet Source	1%
5	repository.itekes-bali.ac.id Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%
7	Submitted to University Of Tasmania Student Paper	<1%
8	e-journal.lppmdianhusada.ac.id Internet Source	<1%
9	journal-uim-makassar.ac.id Internet Source	<1%
10	Submitted to fpptijateng Student Paper	<1%

11	repository.stikesbcm.ac.id Internet Source	<1 %
12	sinta1709.blogspot.com Internet Source	<1 %
13	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
14	Submitted to Universitas Sebelas Maret Student Paper	<1 %
15	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
16	journal.umg.ac.id Internet Source	<1 %
17	jik.ub.ac.id Internet Source	<1 %
18	jurnal.poltekkespalembang.ac.id Internet Source	<1 %
19	staff.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	<1 %
20	rstugurejo.jatengprov.go.id Internet Source	<1 %
21	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
22	eprints.ukh.ac.id Internet Source	<1 %
23	hardinburuhi88.blogspot.com Internet Source	<1 %

24	ojsstikesbanyuwangi.com Internet Source	<1 %
25	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %
26	Fera Yuli Setiyaningsih, Any Isro'aini. "Pemberian Minuman Jahe dan Madu Terhadap Mual Muntah Pada Ibu Hamil Trimester I", Jurnal Kebidanan Malakbi, 2023 Publication	<1 %
27	digilib.ukh.ac.id Internet Source	<1 %
28	repo.undiksha.ac.id Internet Source	<1 %
29	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
30	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
31	repository.umsu.ac.id Internet Source	<1 %
32	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %
33	text-id.123dok.com Internet Source	<1 %
34	repository.unair.ac.id Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On