

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT DENGAN INTERVENSI *FOOT MASSAGE*  
DAN *MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION* PADA PASIEN *POST OPERASI*  
KRANIOTOMI DENGAN DIAGNOSA SUBDURAL HEMATOMA  
DI RUANG TERATAI RST dr. SOEPRAOEN MALANG**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**VIRGINIA MARTZARINI**

**NIM. P17212235100**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN NYERI AKUT DENGAN INTERVENSI *FOOT MASSAGE*  
DAN *MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION* PADA PASIEN *POST OPERASI*  
KRANIOTOMI DENGAN DIAGNOSA SUBDURAL HEMATOMA  
DI RUANG TERATAI RST dr. SOEPRAOEN MALANG**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Profesi Ners di Program Studi Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

**VIRGINIA MARTZARINI**

**NIM. P17212235100**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**2025**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Virginia Martzarini

NIM : P17212235100

Program Studi : Profesi Ners

Jurusan : Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Malang, 20 Februari 2025



**Virginia Martzarini**


P17212235100

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners oleh Virginia Martzarini P17212235100 dengan Judul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi *Foot Massage* dan *Mindfulness-based Stress Reduction* pada Pasien *Post* Operasi Kraniotomi dengan Diagnosa Subdural Hematoma di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Malang, 20 Februari 2025

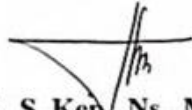
Pembimbing Utama

  
**Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.**  
NIP. 199006072022031001

## LEMBAR PENGESAHAN

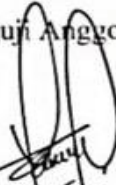
Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners oleh Virginia Martzarini P17212235100 dengan judul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi *Foot Massage* dan *Mindfulness-based Stress Reduction* pada Pasien *Post Operasi* Kraniotomi dengan Diagnosa Subdural Hematoma di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Februari 2025.

Ketua Penguji



Maria Diah C. T., S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. MB  
NIP. 197601052002122005

Penguji Anggota I



Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.  
NIP. 199006072022031001

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S. Kep., Ns., M. Kep.  
NIP. 197608102002122001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi *Foot Massage* dan *Mindfulness-based Stress Reduction* pada Pasien *Post Operasi* Kraniotomi dengan Diagnosa Subdural Hematoma di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang”. Adapun tujuan pembuatan karya ilmiah akhir ners ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Atas terselesaikannya karya ilmiah akhir ners ini, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. Moh. Wildan, A. Per. Pen., M. Pd. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
3. Joko Wiyono, S. Kep., M. Kep., Sp. Kom. selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
4. Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep. selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membimbing dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini dan telah memberikan bimbingan dengan sabar, tekun, bijaksana, dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi kepada penulis.

5. Maria Diah C. T., S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. MB. selaku dosen penguji yang bersedia menguji penulis, memberikan saran, bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
6. Keluarga khususnya Ibu Siswati Wardoyo yang selalu memberikan kasih sayang, panjatan doa, nasihat, motivasi dan pengorbanan baik secara moril dan materil selama penulis menempuh studi Sarjana Terapan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.
7. Teman-teman mahasiswa khususnya Tomi Agustias Aryanto, Nurul Aprisa Sakura, dan Siti Nurlaeli Agustin, serta seluruh pihak yang bersedia memberikan partisipasi dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ners ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ners ini. Penulis berharap karya ilmiah akhir ners ini dapat menambah pengetahuan dan manfaat bagi untuk semua pihak.

Malang, 20 Februari 2025

Penulis

## ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi *Foot Massage* dan *Mindfulness-based Stress Reduction* pada Pasien *Post* Operasi Kraniotomi dengan Diagnosa Subdural Hematoma di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang. Virginia Martzarini (2025). Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.

**Latar Belakang:** Subdural hematom adalah salah satu kelainan penyerta yang sering terjadi pada kasus cedera kepala. Subdural hematoma merupakan kondisi yang mengancam jiwa sehingga harus segera mendapatkan penanganan yang tepat dan intensif untuk mencegah timbulnya komplikasi dan mengurangi angka kematian. Tujuan dari penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan nyeri akut dengan intervensi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* pada pasien *post* operasi kraniotomi dengan diagnosa subdural hematoma. **Metode:** Karya ilmiah ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Rancangan penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus yang bersifat asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan sejak tanggal 1-3 Agustus 2024 di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang. **Hasil:** Intervensi yang dilakukan pada pasien *post* operasi kraniotomi dengan diagnosa medis SDH yaitu teknik relaksasi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction*. *Foot massage* dilakukan 1 kali sehari dengan durasi  $\pm 20$  menit ( $\pm 10$  menit di setiap kaki), sedangkan *mindfulness-based stress reduction* dilakukan 1 kali sehari dengan durasi  $\pm 15$  menit. Teknik relaksasi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* dapat mengurangi intensitas nyeri. **Kesimpulan:** Setelah diberikan intervensi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* selama 3 hari, keluhan nyeri berkurang dari skala 5 dengan *Numeric Rating Scale* menjadi berada di skala 1 dengan *Numeric Rating Scale*.

**Kata Kunci:** subdural hematoma, kraniotomi, *foot massage*, *mindfulness-based stress reduction*

## ABSTRACT

Nursing Care for Acute Pain with Foot Massage and Mindfulness-based Stress Reduction Interventions in Post-Craniotomy Surgery Patients with Subdural Hematoma Diagnosis in the Teratai Room of dr. Soepraoen Hospital, Malang. Virginia Martzarini (2025). Nursing Professional Education Study Program, Nursing Department, Poltekkes Kemenkes Malang. Supervisor Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.

**Background:** Subdural hematoma is one of the comorbidities that often occurs in cases of head injury. Subdural hematoma is a life-threatening condition that must be treated immediately and intensively to prevent complications and reduce mortality. The purpose of this study was to provide nursing care for acute pain with foot massage and mindfulness-based stress reduction interventions in post-craniotomy surgery patients with SDH diagnosis. **Method:** This scientific paper uses a descriptive research design with a case study approach. The descriptive research design in the form of a case study of nursing care includes nursing assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, nursing implementation, and nursing evaluation. Nursing care was carried out from 1-3 August 2024 in the Teratai Room of RST dr. Soepraoen Malang. **Results:** The interventions carried out on post-craniotomy surgery patients with a medical diagnosis of SDH were foot massage relaxation techniques and mindfulness-based stress reduction. Foot massage was performed once a day with a duration of  $\pm 20$  minutes ( $\pm 10$  minutes on each foot), while mindfulness-based stress reduction was performed once a day with a duration of  $\pm 15$  minutes. Foot massage relaxation techniques and mindfulness-based stress reduction can reduce pain intensity. **Conclusion:** After being given foot massage and mindfulness-based stress reduction interventions for 3 days, pain complaints decreased from a scale of 5 use Numeric Rating Scale to a scale of 1 use Numeric Rating Scale.

**Keywords:** subdural hematoma, craniotomy, foot massage, mindfulness-based stress reduction

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xvi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan Penulisan .....	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Medis.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8

2.1.2 Etiologi .....	9
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.4 <i>Pathway</i> .....	13
2.1.5 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan .....	16
2.2.1 Pengertian .....	16
2.2.2 Data Mayor dan Data Minor.....	19
2.2.3 Faktor Penyebab .....	20
2.2.4 Penatalaksanaan.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	31
2.3.1 Fokus Pengkajian .....	31
2.3.2 Diagnosis Keperawatan .....	38
2.3.3 Intervensi Keperawatan .....	40
2.3.4 Implementasi Keperawatan .....	46
2.3.5 Evaluasi Keperawatan .....	46

### **BAB 3 METODE**

3.1 Rancangan Penelitian .....	50
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	51
3.2.1 Lokasi .....	51
3.2.2 Waktu .....	51
3.3 Subjek Penelitian .....	51
3.4 Kriteria Hasil .....	52
3.5 Pengumpulan Data.....	54

### **BAB 4 HASIL**

4.1 Pengkajian .....	55
4.1.1 Pengumpulan Data.....	55
4.1.2 Analisa Data .....	73
4.2 Diagnosa Keperawatan .....	75
4.3 Intervensi Keperawatan .....	75
4.3.1 Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	75
4.3.2 Tujuan dan Rencana Keperawatan .....	77
4.4 Implementasi Keperawatan .....	81
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	90
4.5.1 Evaluasi Formatif .....	90
4.5.2 Evaluasi Sumatif.....	95
 <b>BAB 5 PEMBAHASAN</b>	
5.1 Pengkajian Keperawatan .....	98
5.2 Diagnosis Keperawatan .....	100
5.3 Intervensi Keperawatan .....	102
5.4 Implementasi Keperawatan .....	104
5.5 Evaluasi Keperawatan .....	107
5.6 Keterbatasan Penelitian .....	108
 <b>BAB 6 PENUTUP</b>	
6.1 Kesimpulan.....	109
6.2 Saran.....	110
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>112</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>117</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia ..	40
Tabel 4.1 Data penunjang pemeriksaan darah lengkap .....	71
Tabel 4.2 Analisa data keperawatan pasien.....	73
Tabel 4.3 Daftar diagnosa keperawatan pasien .....	75
Tabel 4.4 Daftar prioritas diagnosa keperawatan pasien .....	76
Tabel 4.5 Tujuan dan rencana keperawatan pasien .....	77
Tabel 4.6 Implementasi keperawatan pasien .....	81
Tabel 4.7 Evaluasi keperawatan formatif pasien .....	90

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Perbedaan otak normal dengan subdural hematoma.....	10
Gambar 2.2 Pecahnya pembuluh darah penyebab subdural hematoma.....	11
Gambar 2.3 <i>Visual Analogue Scale (VAS)</i> .....	18
Gambar 2.4 <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> .....	19

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway pembedahan kraniotomi.....	13
--	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan (SAP) pada Pasien Post Operasi Kraniotomi dengan Diagnosa Subdural Hematoma di Ruang Teratai Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang .....	117
Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur (SOP) <i>Foot Massage</i> .....	119
Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur (SOP) <i>Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)</i> .....	121
Lampiran 4. Lembar Bimbingan KIAN.....	124

## DAFTAR SINGKATAN

SOP = Standar Operasional Prosedur

VAS = Visual Analog Scale

NRS = Numeric Rating Scale

SAP = Satuan Acara Penyuluhan

MBSR = Mindfulness-based Stress Reduction

RAAS = Renin-Angiotensin-Aldosterone System

ACE = Angiotensin-converting enzyme

ARB = Angiotensin Receptor Blocker

MMA = Meningea Media Artery

MGS = Modified Graeb Scale

VRS = Verbal Rating Scale

TENS = Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

NSAID = Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs

CRF = Corticotropin Releasing Factor

POMC = Proopioidmelanocortin

TIK = Tekanan Intra Kranial

ROM = Range of Motion

MAP = Mean Arterial Pressure

CVP = Central Venous Pressure

PAWP = Pulmonary Artery Wedge Pressure

PAP = Pulmonary Artery Pressure

ICP = Intracranial Pressure

PEEP = Positive End-Expiratory Pressure

IV = Intra Vena

ICU = Intensive Care Unit

SDKI = Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SLKI = Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SIKI = Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

CKR = Cidera Kepala Ringan

IGD = Instalasi Gawat Darurat

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Subdural hematoma (SDH) adalah akumulasi darah yang terjadi antara bagian dalam duramater dengan arachnoid. Kebanyakan perdarahan subdural disebabkan karena trauma kepala yang merusak vena-vena kecil didalam lapisan meninges. (Andrian & Henny Putri Wahyuni, 2023). Penatalaksanaan pada pasien SDH adalah dengan tindakan pembedahan kraniotomi. Masalah yang terjadi setelah post operasi SDH adalah terjadinya nyeri akut. Nyeri akut pasca kraniotomi sering diasumsikan memiliki tingkat nyeri yang lebih rendah dibandingkan tindakan operasi lainnya. Beberapa alasan yang mendasari yakni sedikitnya jumlah reseptor nyeri dalam dura, ketidakpekaan nyeri pada otak, berkurangnya densitas serat nyeri di sepanjang garis sayatan operasi, dan berkembangnya autoanalgesia. Oleh karena itu, nyeri pasca kraniotomi sering kali diabaikan (Pratama et al., 2020).

Subdural hematom (SDH) adalah salah satu kelainan penyerta yang sering terjadi pada kasus cedera kepala. Insiden perdarahan subdural akut mencapai 12–30% dari pasien yang dirawat dengan cedera kepala terutama ditemukan pada usia dewasa muda di bawah 45 tahun dengan kecelakaan lalu lintas sebagai penyebab utama. Tingkat mortalitas SDH akut berkisar 45-63%. Kematian terjadi 74% pada pasien dengan *Glasgow Coma Scale Score* (GCS) 3-5 kurang dari 6 jam. Namun jika GCS 6-8 atau bahkan di atasnya, tingkat kematiannya menurun hingga >39%. Subdural hematoma lebih sering terjadi

pada pria dibandingkan pada wanita, dengan rasio laki-laki banding perempuan sekitar 3:1 (Sabir & Amri, 2024).

Subdural hematoma (SDH) merupakan kondisi yang mengancam jiwa sehingga harus segera mendapatkan penanganan yang tepat dan intensif untuk mencegah timbulnya komplikasi dan mengurangi angka kematian. Maka SDH memerlukan tindakan bedah yang disebut kraniotomi. Kraniotomi adalah prosedur bedah yang bertujuan untuk mengatasi perdarahan, mengurangi tekanan otak dan mengangkat bekuan darah atau jaringan yang dapat menyebabkan komplikasi lebih lanjut (Dewi et al., 2024). Salah satu komplikasi akibat post operasi kraniotomi adalah nyeri akut yang dapat disebabkan oleh adanya sayatan atau insisi, traksi dan hemostasis (Pratama et al., 2020).

Masalah keperawatan utama yang dapat diangkat pada pasien post operasi kraniotomi dengan diagnosa medis SDH adalah nyeri akut. Proses sayatan fisik, traksi dan hemostasis yang digunakan dalam kraniotomi merangsang penghentian saraf dan nosiseptor spesifik yang menyebabkan nyeri pasca operasi. Nyeri pasca kraniotomi merupakan komplikasi berulang dari prosedur bedah saraf yang sulit untuk ditangani sehingga membutuhkan intervensi yang tepat (Pratama et al., 2020).

Salah satu intervensi yang dapat diberikan pada pasien SDH *post* operasi kraniotomi dengan diagnosa keperawatan utama nyeri akut adalah manajemen nyeri. Manajemen nyeri akut merupakan intervensi yang dapat dilakukan agar tingkat nyeri dapat menurun dengan metode farmakologis dan non-farmakologis. Salah satu metode manajemen nyeri dari segi non-

farmakologis dalam strategi penanggulangan nyeri adalah dengan menggunakan teknik relaksasi.

Manajemen nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi merupakan tindakan eksternal yang dapat memengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Ada beberapa teknik relaksasi dapat digunakan untuk manajemen nyeri, yaitu teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR efektif dalam menurunkan tingkat nyeri.

*Massage* adalah teknik sentuhan atau pemijatan ringan yang dapat menghasilkan relaksasi dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, salah satunya adalah *foot massage*. *Foot massage* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan sehingga menghasilkan hormon serotonin dan dopamin (Gianina Sindi M & Syahruramdhani, 2023). Tujuan dari *foot massage* adalah melancarkan peredaran darah terutama di pembuluh darah vena, menyempurnakan pertukaran gas dan zat di dalam jaringan, memperbaiki proses metabolisme, dan memberikan perasaan nyaman, segar, serta kehangatan pada tubuh (Awanis, 2021).

Penelitian yang dilakukan oleh Gianina Sindi M & Syahruramdhani (2023) yang berjudul “Penerapan Teknik Relaksasi *Foot Massage* untuk Mengurangi Nyeri pada Pasien *Post Sectio Caesarea* Di Bangsal Firdaus PKU Gamping” didapatkan hasil bahwa ada pengaruh signifikan terapi *foot massage*

terhadap perubahan nyeri pada pasien *post sectio cesarea*. Berdasarkan hasil *pre test* dan *post test*, terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah dilakukan intervensi kepada pasien. Pada hari pertama skala nyeri sebelum diberikan intervensi *foot massage* yaitu 6, setelah diberikan intervensi *foot massage* selama 20 menit skala nyeri menurun menjadi 5. Pada hari kedua skala nyeri sebelum diberikan intervensi yaitu 4, setelah diberikan intervensi skala nyeri menurun menjadi 2. Selanjutnya pada hari ketiga, skala nyeri sebelum diberikan intervensi yaitu 2, setelah diberikan intervensi skala nyeri menurun menjadi 1.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ayu Rahayu S. Paneo et al., (2024) yang membahas tentang penerapan terapi *foot massage* terhadap penurunan skala nyeri pada keluarga hipertensi didapatkan hasil bahwa penerapan terapi *foot massage* efektif dilakukan selama 3 hari dengan frekuensi 1 kali sehari berdurasi 20 menit. Hasil yang diperoleh berupa penurunan skala nyeri di hari pertama (5 NRS) sampai hari ketiga (1 NRS). Hal ini juga sejalan dengan penelitian “*Case Report: Intervensi Foot Massage untuk Nyeri Akut dan Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi di Rumah Sakit Swasta, Purwodadi*” yang dilakukan oleh Winantuningtyas & Ismoyowati (2023) yang menyimpulkan bahwa pelaksanaan *foot massage* selama 3 hari memberikan dampak positif pada pasien. Pasien merasa nyeri kepala hilang dan rasa tegang di leher berkurang. *Foot massage* bertujuan memberikan efek relaksasi pada otot – otot yang kaku sehingga terjadi vasodilatasi dan menyebabkan nyeri kepala menurun.

*Mindfulness* merupakan proses untuk mengarahkan perhatian pada kondisi yang ada saat ini dengan penuh penerimaan, suatu keadaan dimana individu memberi perhatian pada suatu hal dengan cara sengaja, saat ini, tanpa menghakimi dan membeda-bedakan (Azzahra et al., 2023). Tujuan dari pemberian teknik relaksasi MBSR adalah dapat mengurangi persepsi nyeri, mengelola stress dan kecemasan, serta dapat mengurangi ketergantungan pada obat-obatan pereda nyeri. Terapi *mindfulness* mendorong individu untuk mengidentifikasi gejala fisik yang sedang dirasakan dengan cara menyadari berbagai hal yang terjadi pada saat ini atau tidak hanya berfokus pada kondisi sakit saja, sehingga keluhan gejala fisik akan berkurang (Munazilah & Hasanat, 2018).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Aini et al. (2023) tentang efektivitas *progressive muscle relaxation* dan *mindfulness* sebagai manajemen nyeri kepala didapatkan hasil bahwa relaksasi MBSR dapat mengurangi nyeri kepala. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Grazzi et al. (2022) tentang penambahan intervensi *mindfulness* dalam perawatan pasien dengan nyeri kepala menunjukkan bahwa pasien dengan sakit kepala berlebihan yang melakukan terapi kombinasi *mindfulness* dan penggunaan terapi standar selama  $\pm 90$  menit/minggu didapatkan hasil nyeri kepala berkurang sebesar  $> 50\%$ .

Berdasarkan masalah dan fenomena tersebut, peneliti tertarik melakukan asuhan keperawatan nyeri akut dengan intervensi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) pada pasien *post operasi* kraniotomi dengan diagnosa medis SDH.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah yang dapat diambil adalah bagaimana asuhan keperawatan nyeri akut dengan intervensi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) pada pasien *post* operasi kraniotomi dengan diagnosa SDH di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang?

## 1.3 Tujuan Penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui asuhan keperawatan nyeri akut dengan intervensi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) pada pasien *post* operasi kraniotomi dengan diagnosa SDH di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menjelaskan pengkajian keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *post* operasi kraniotomi atas indikasi SDH dengan masalah keperawatan nyeri akut
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *post* operasi kraniotomi atas indikasi SDH dengan masalah keperawatan nyeri akut
3. Menjelaskan intervensi keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *post* operasi kraniotomi atas indikasi SDH dengan masalah keperawatan nyeri akut

4. Menjelaskan implementasi keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *post* operasi kraniotomi atas indikasi SDH dengan masalah keperawatan nyeri akut
5. Menjelaskan evaluasi keperawatan pada asuhan keperawatan pasien *post* operasi kraniotomi atas indikasi SDH dengan masalah keperawatan nyeri akut

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Medis**

##### **2.1.1 Pengertian**

Subdural Hematoma (SDH) merupakan tipe trauma yang sering terjadi perdarahan pada *meningeal* yang menyebabkan akumulasi darah pada daerah subdural antara duramater dan arachnoid, biasanya sering terjadi di daerah frontal, parietal dan temporal. Pada lingkup subdural hematoma yang seringkali mengalami pendarahan ialah “*bridging vein*”, karena tarikan ketika terjadi pergeseran rotatorik pada otak. Perdarahan subdural paling sering terjadi pada permukaan lateral dan atas hemisferium dan sebagian di daerah temporal, sesuai dengan distribusi “*bridging vein*” (Andrian & Henny Putri Wahyuni, 2023).

Subdural hematoma adalah penimbunan darah di dalam rongga subdural. Subdural hematoma dalam bentuk akut yang hebat merupakan kondisi dimana baik darah maupun cairan serebospinal memasuki ruang subdural sebagai akibat dari laserasi otak atau robeknya arachnoid sehingga menambah penekanan subdural pada jejas langsung di otak. Subdural hematoma dalam bentuk kronik merupakan kondisi dimana hanya darah yang efusi ke ruang subdural akibat pecahnya vena-vena penghubung. Kondisi kronis tersebut umumnya disebabkan oleh cedera kepala tertutup. Efusi merupakan proses bertahap yang menyebabkan timbulnya sakit kepala

dan tanda-tanda fokal progresif yang menunjukkan lokasi gumpalan darah beberapa minggu setelah cedera terjadi (Usman et al., 2021).

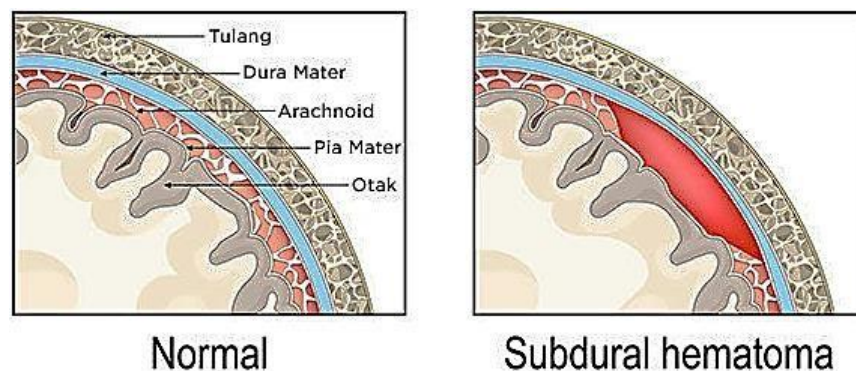
Subdural hematoma (SDH) adalah perdarahan yang terjadi diantara duramater dan araknoid. Subdural hematoma (SDH) dapat berasal dari ruptur *bridging vein* yaitu vena yang berjalan dari ruangan subaraknoid atau korteks serebri melintasi ruangan subdural dan bermuara di dalam sinus venosus dura mater, robekan pembuluh darah kortikal, subaraknoid, atau araknoid. Robekan terjadi dapat disebabkan trauma kepala akibat jatuh, kecelakaan lalu lintas, aneurisma serebri, arteri-vena malformasi. Subdural hematoma (SDH) adalah jenis perdarahan di mana kumpulan darah berkumpul antara lapisan dalam dura mater dan arachnoid mater meningen yang mengelilingi otak (Pardian, 2024).

### **2.1.2 Etiologi**

Hematom subdural disebabkan robekan vena-vena di korteks cerebri atau *bridging vein* oleh suatu trauma. Kebanyakan perdarahan subdural disebabkan karena trauma kepala yang merusakkan vena-vena kecil didalam lapisan meninges. Meninges terdiri dari tiga lapisan utama yaitu duramater, araknoid, dan piamater. Daerah yang terletak di antara araknoid dan duramater disebut daerah subdural. Di dalam daerah ini, terdapat *bridging vein* yang melintas dari permukaan kortikal ke sinus duramater. Perdarahan yang terjadi pada pembuluh darah ini bisa disebabkan oleh sobekan mekanis sepanjang permukaan subdural dan peregangan *traumatic* dari pembuluh darah, yang dapat

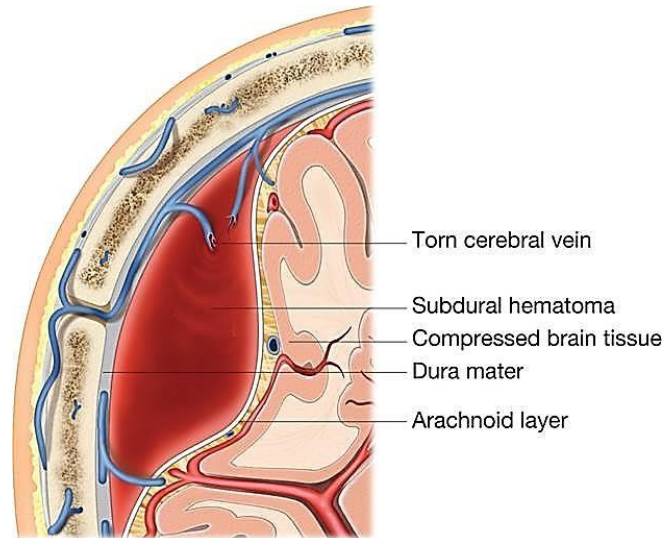
terjadi secara cepat karena dekompresi ventrikular. Karena permukaan subdural tidak dibatasi oleh sutura kranial, darah dapat menyebar ke seluruh hemisfer dan masuk ke dalam fisura hemisfer (Sabir & Amri, 2024).

Subdural hematoma ini dapat timbul setelah trauma kepala hebat, seperti perdarahan kontusional yang mengakibatkan ruptur vena yang terjadi dalam ruangan subdural. Pergeseran otak pada akselerasi dan de-akselerasi bisa menarik dan memutuskan vena-vena. Pada waktu akselerasi berlangsung terjadi 2 kejadian, yaitu akselerasi tengkorak ke arah dampak dan pergeseran otak ke arah yang berlawanan dengan arah dampak primer. Akselerasi kepala dan pergeseran otak yang bersangkutan bersifat linear. Maka dari itu lesi-lesi yang bisa terjadi dinamakan lesi kontusio. Lesi kontusio di bawah dampak disebut lesi kontusio “*coup*” di seberang dampak tidak terdapat gaya kompresi, sehingga tidak terdapat lesi. Jika terdapat lesi, maka lesi itu dinamakan lesi kontusio “*contercoup*” (Andrian & Henny Putri Wahyuni, 2023).



Gambar 2. 1 Perbedaan otak normal dengan subdural hematoma

Sumber: Rumah Sakit Royal Progress (2024)



*Gambar 2. 2 Pecahnya pembuluh darah penyebab subdural hematoma*

Sumber: Rumah Sakit Royal Progress (2024)

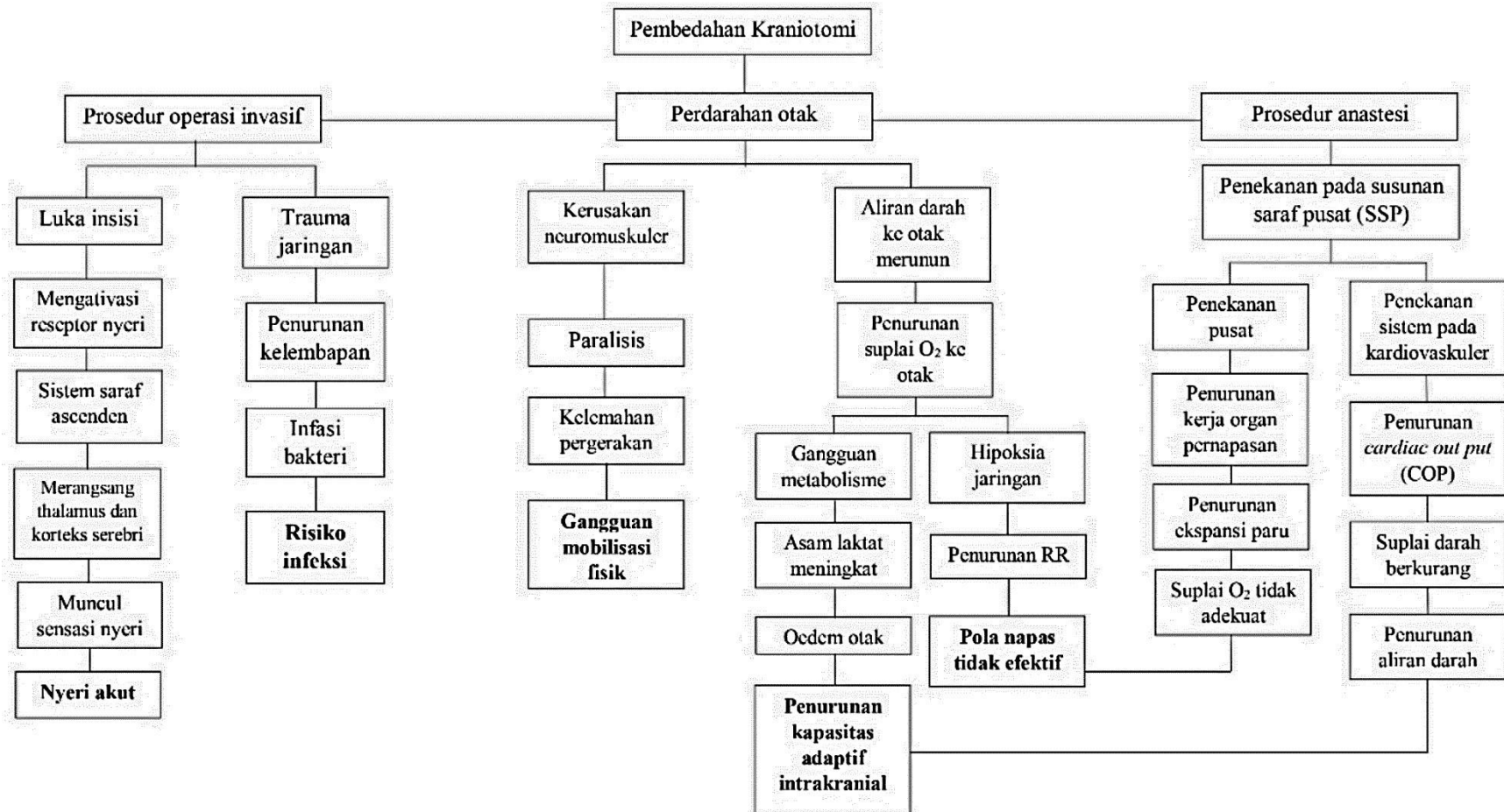
### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Gejala dari subdural hematoma (SDH) sangat bergantung pada derajat perdarahannya. Gejala klinik yang muncul pada subdural hematoma (SDH) adalah (Pardian, 2024):

1. Pada cedera otak yang tiba-tiba, perdarahan hebat akan menyebabkan hematom subdural, seseorang bisa mengalami penurunan kesadaran hingga masuk dalam fase koma
2. Seseorang yang menunjukkan keadaan normal setelah mengalami cedera otak, perlahan-lahan akan mengalami kebingungan kemudian penurunan kesadaran selama beberapa hari. Hasil ini didapatkan dari perdarahan yang lambat
3. Pada subdural hematoma (SDH) yang sangat lambat, biasanya tidak ditemukan gejala signifikan dalam 2 minggu setelah trauma terjadi

Gejala umum yang dapat muncul pada pasien dengan subdural hematoma (SDH) adalah penurunan kesadaran, nyeri kepala, mual, muntah, kebingungan gangguan kognitif, perubahan perilaku, dan kadang disertai kejang, sedangkan gejala fokal yang ditemukan adalah hemiparese kontralateral dengan lesi, gangguan keseimbangan atau berjalan, parese N.III & VI ipsilateral dengan lesi, serta kesulitan dalam berbicara (Pradana & Setyawati, 2022).

2.1.4 Pathway



Sumber: Khoirunnisa (2022)

Bagan 2. 1 Pathway pembedahan kraniotomi

### 2.1.5 Penatalaksanaan

Pilihan tatalaksana tergantung dari klinisi dan individual masing-masing pasien. Pilihan tatalaksana secara umum terdiri atas tata laksana konservatif, manajemen bedah dan pendekatan endovascular (Sabir & Amri, 2024).

#### 1. Tatalaksanaan Konservatif

Tatalaksana konservatif terdiri atas tatalaksana medikamentosa dan menargetkan terjadinya penyerapan spontan dari hematoma. Pilihan tatalaksana ini biasanya diterapkan pada pasien-pasien tanpa gejala dengan ketebalan perdarahan kurang dari 10 mm dan pergeseran garis tengah kurang dari 5 mm atau skor MGS antara 1-2. Tatalaksana medikamentosa yang digunakan termasuk di dalamnya steroid, obat-obatan antifibrinolitik, golongan statin dan antagonis renin- angiotensin aldosteron (RAAS - inhibitor). Steroid digunakan untuk anti inflamasi juga efek antiangiogenesis intravena umumnya dan Dexamethason dipergunakan sebagai obat terapi pilihan dan diberikan setiap 8 jam. Golongan statin yang digunakan untuk manajemen konservatif dari SDH adalah atorvastatin. Obat ini umumnya dipergunakan untuk efek pleiotropicnya yang merupakan efek antiinflamasi, anti angiogenesis dan efek fibrogenik. Penyekat RAAS seperti penyekat *angiotensin converting enzyme* (ACE-I) dan penyekat reseptor angiotensin (ARB) dapat meningkatkan stabilitas plak oleh karena itu dapat menurunkan peradangan dan perdarahan

mikro. Obat-obatan antifibrinolitik seperti asam traneksamat sudah terbukti menurunkan tingkat kematian pada pasien-pasien dengan perdarahan intracranial. Namun, tingkat kegagalan dalam penanganan secara konservatif cukup tinggi. yang berarti bahwa pasien sering kali membutuhkan tindakan bedah untuk penyelamatan.

## 2. Tatalaksanaan Bedah

Pengelolaan bedah umumnya direkomendasikan untuk pasien yang mengalami gejala dengan hematoma yang luas dan tidak memenuhi kriteria untuk pengelolaan konservatif. Pengelolaan bedah meliputi prosedur kraniotomi konvensional dan pendekatan minimal invasif yang lebih baru seperti twist drill kraniostomi dan burr hole kraniostomi. Prinsip pengelolaan bedah adalah mengangkat massa perdarahan, diikuti dengan irigasi untuk mengurangi tekanan pada otak, dan kemudian penempatan drainase untuk mengurangi risiko kekambuhan. Secara umum, pengelolaan bedah menunjukkan hasil yang lebih baik. dengan sekitar 80% pasien mengalami perbaikan klinis dan peningkatan skor MGS. Namun, tantangan dalam pengelolaan bedah adalah adanya risiko kekambuhan perdarahan.

Mayoritas studi menunjukkan tingkat kekambuhan sekitar 10-20%. dan kekambuhan perdarahan berikutnya dapat menyebabkan penanganan yang lebih rumit dengan tingkat

kematian dan kecacatan yang lebih tinggi. Masalah lain dalam pengelolaan bedah adalah bahwa tidak semua pasien memenuhi syarat untuk menjalani prosedur bedah yang memakan waktu, terutama pada pasien lanjut usia dengan penyakit kronis seperti diabetes, gagal jantung, dan penyakit lainnya. Beberapa pasien lanjut usia mungkin juga sedang menjalani pengobatan dan mengonsumsi obat antiplatelet seperti Aspirin secara rutin, yang dapat menyulitkan prosedur bedah.

### 3. Strategi Endovaskular

Untuk mencari strategi pengobatan yang lebih baik, penelitian terbaru telah mengeksplorasi pendekatan endovaskular sebagai salah satu opsi terapi yang menjanjikan. Intervensi endovaskular ini ditujukan untuk melakukan embolisasi pada arteri Meningea media (MMA). Tujuan dari embolisasi MMA adalah untuk menghentikan vaskularisasi dari membrane subdural sehingga dapat menghentikan perdarahan mikro agar tidak muncul kembali dan sebagai konsekuensinya ekspansi hematoma akan berhenti dan selanjutnya terjadi reabsorpsi spontan.

## **2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian**

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus

yang bersifat fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Syah, 2019). Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik multidimensi pada intensitas ringan sedang dan berat dengan kualitas tumpul, terbakar dan tajam, dengan penyebaran dangkal, dalam atau lokal dan durasi sementara, intermiten dan persisten yang beragam tergantung penyebabnya (rahayu, notesya, 2023).

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subyektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan obyektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. Pengukuran subyektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti skala visual analog, skala nyeri numerik, skala nyeri deskriptif, atau skala nyeri Wong-Bakers (Siti, 2018).

### 1. Skala visual analog atau *Visual Analog Scale* (VAS)

Visual Analogue Scale (VAS) ialah skala linier yang secara visual mewakili tingkat rasa sakit yang dapat dialami pasien. Area nyeri diwakili oleh garis 10 cm. Penanda di kedua ujung baris ini bisa berupa angka atau teks deskriptif. Salah satu ujung mewakili rasa sakit dan ujung lainnya mewakili rasa sakit yang paling buruk. Digunakan pada klien anak >8 tahun dan dewasa. Penggunaan VAS untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan kognitif (Fitriani, 2021).



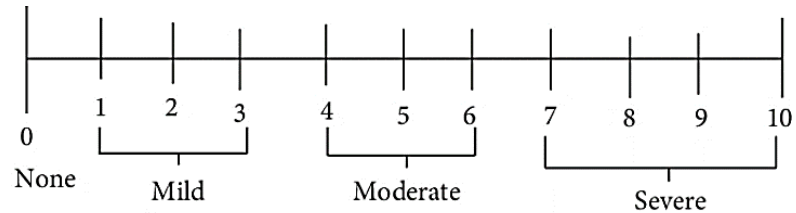
*Gambar 2. 3 Visual Analogue Scale (VAS)*

Sumber: Yale (2025)

### 2. Skala nyeri numerik atau *Numeric Rating Scale* (NRS)

*Numeric Rating Scale* (NRS) ini didasarkan nilai 1-10 skala yang mewakili kualitas rasa sakit yang dialami pasien. NRS cenderung efektif dalam menilai penyebab nyeri akut dibandingkan VAS dan VRS. Namun, kurangnya NRS pilihan kata 19 menjelaskan nyeri terbatas, tidak mungkin membedakan tingkat nyeri secara lebih akurat, dan kata-kata yang menjelaskan efek analgesik diasumsikan memiliki jarak yang sama. Akan dilakukan. Skala numerik dari 0 hingga 10. 0 menunjukkan tidak ada rasa sakit atau

tidak ada rasa sakit, 10 menunjukkan rasa sakit yang sangat parah (Fitriani, 2021).



*Gambar 2. 4 Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber: Orthofixar (2024)

### 2.2.2 Data Mayor dan Data Minor

Data mayor dan data minor dari masalah keperawatan nyeri akut adalah:

1. Data mayor
  - a. Subjektif
    - 1) Mengeluh nyeri
  - b. Objektif
    - 1) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
    - 2) Gelisah
    - 3) Frekuensi nadi meningkat
    - 4) Sulit tidur
2. Data minor
  - a. Subjektif  
(tidak tersedia)
  - b. Objektif
    - 1) Tekanan darah meningkat
    - 2) Pola napas berubah
    - 3) Nafsu makan berubah
    - 4) Proses berpikir terganggu
    - 5) Menarik diri

6) Berfokus pada diri sendiri

7) Diaforesis

### **2.2.3 Faktor Penyebab**

Penyebab munculnya masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan adalah faktor-faktor yang memengaruhi perubahan status kesehatan. Penyebab untuk masalah keperawatan nyeri akut adalah sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

### **2.2.4 Penatalaksanaan**

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), intervensi utama dari diagnosis keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgetik, sedangkan intervensi pendukungnya adalah edukasi manajemen nyeri. Berikut akan dipaparkan dari masing-masing intervensi dari nyeri akut.

1. Manajemen Nyeri (I.08238)

Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,

2018). Tindakan yang dilakukan pada intervensi manajemen nyeri, antara lain:

a. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

b. Terapeutik

- 10) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur

13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

c. Edukasi

14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

15) Jelaskan strategi meredakan nyeri

16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat

18) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

d. Kolaborasi

19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2. Pemberian Analgesik (I.08243)

Pemberian analgesik adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit. Tindakan yang dilakukan pada intervensi pemberian analgesik, antara lain:

a. Observasi

1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)

2) Identifikasi Riwayat alergi obat

3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri

4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik

5) Monitor efektifitas analgesik

b. Terapeutik

6) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu

7) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum

8) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien

9) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

c. Edukasi

10) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

d. Kolaborasi

11) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

3. Edukasi Manajemen Nyeri (I.12392)

Pemberian edukasi manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi dan mengelola stress akibat perubahan hidup sehari-hari. Tindakan yang dilakukan pada intervensi edukasi manajemen nyeri antara lain:

a. Observasi

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

b. Terapeutik

- 2) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya

c. Edukasi

- 5) Ajarkan teknik relaksasi
- 6) Ajarkan latihan asertif
- 7) Ajarkan membuat jadwal olahraga teratur
- 8) Anjurkan tetap menulis jurnal untuk meningkatkan optimisme dan melepaskan beban
- 9) Anjurkan aktivitas untuk menyenangkan diri sendiri (mis. hobi, bermain musik, mengecat kuku)
- 10) Anjurkan bersosialisasi
- 11) Anjurkan tidur dengan baik setiap malam (7-9 jam)
- 12) Anjurkan tertawa untuk melepas stress dengan membaca atau klip video lucu)
- 13) Anjurkan menjalin komunikasi dengan keluarga dan profesi pemberi asuhan
- 14) Anjurkan menyusun jadwal terstruktur

4. Relaksasi *Foot Massage*

Massage dapat diartikan sebagai pijat yang telah disempurnakan dengan ilmu – ilmu tentang tubuh manusia atau gerakan – gerakan tangan yang mekanisme terhadap tubuh manusia dengan mempergunakan bermacam – macam bentuk

pegangan atau teknik. *Foot massage therapy* adalah suatu teknik yang dapat meningkatkan pergerakan beberapa struktur dari kedua otot dan jaringan subkutan, dengan menerapkan kekuatan mekanik ke jaringan. Pergerakan ini dapat meningkatkan aliran getah bening dan aliran balik vena, mengurangi pembengkakan dan memobilisasi serat otot, tendon dengan kulit. Dengan demikian, *massage therapy* dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi otot untuk mengurangi rasa sakit dan mempercepat pemulihan pasien. *Foot massage* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan, sehingga meningkatkan sekresi serotonin dan dopamin. Sedangkan efek pijatan merangsang pengeluaran endorfin, sehingga membuat tubuh terasa rileks karena aktifitas saraf simpatis menurun (Awanis, 2021).

*Foot massage* dapat memberikan efek relaksasi, mampu mengurangi kecemasan, dapat mengurangi rasa sakit, ketidaknyamanan secara fisik, dan meningkatkan kualitas tidur. Selain itu, terapi non farmakologi *foot massage* dapat diretapkan dengan mudah dan aman dikarenakan dapat menimbulkan efek meningkatkan sirkulasi darah, mengeluarkan sisa metabolisme, mengurangi rasa sakit, merelaksasikan otot, memberikan dan

meningkatkan rasa nyaman dan meningkatkan kualitas tidur (F. N. Aini, 2023).

*Foot massage* mengaktifkan aktifitas parasimpatik kemudian memberikan sinyal neurotransmitter ke otak, organ dalam tubuh, dan bioelektrik ke seluruh tubuh. Sinyal yang di kirim ke otak akan mengelirakan gelombang alfa yang ada di dalam otak. Impuls saraf yang dihasilkan saat melakukan *foot massage* diteruskan menuju hipotalamus untuk menghasilkan *Corticotropin Releasing Factor* (CRF). CRF merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan produksi *Proopioidmelanocortin* (POMC) sehingga medulla adrenal memproduksi endorfin. Endorfin yang disekresikan ke dalam peredaran darah dapat memberikan efek analgetik alami terhadap jaringan yang mengalami peradangan (Awanis, 2021).

*Foot Massage* menggunakan metode pengontrolan nyeri dengan menerapkan pemijatan yang memberikan kenyamanan, mengubah respon psikologi untuk mengurangi persepsi nyeri. (Nuraini et al., 2024). Teknik *foot massage* efektif bila dilakukan dengan durasi 5 -20 menit dengan frekuensi pemberian 1 – 2 kali sehari. (Gianina Sindi M & Syahruramdhani, 2023). *Foot massage* merupakan mekanisme modulasi nyeri yang dipublikasikan untuk menghambat rasa sakit dan memblokir transmisi implus nyeri sehingga menghasilkan analgetik dan

nyeri yang dirasakan oleh pasien setelah operasi diharapkan berkurang (Ayuningtyas, 2023).

Langkah-langkah melakukan *foot massage* adalah (Sella monica, 2019):

A. Tahap pertama: *massage* kaki bagian depan

- 1) Ambillah posisi menghadap ke kaki klien dengan kedua lutut berada disamping betisnya
- 2) Letakkan tangan kita sedikit diatas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju ke atas, dengan satu gerakan tak putus luncurkan tangan ke atas pangkal paha dan kembali turun di sisi kaki mengikuti lekuk kaki.
- 3) Tarik ibu jari dan buat bentuk V (posisi mulut naga). Letakkan tangan di atas tulang garis dibagian bawah kaki. Gunakan tangan secar bergantian untuk memijat perlahan hingga ke bawah lutut. Dengan tangan masih pada posisi V urut ke atas dengan sangat lembut hingga ke tempurung lutut, pisahkan tangan dan ikuti lekuk tempurung lutut pijat ke bagian bawah.
- 4) Lalu ulangi pijat keatas bagian tempurung lutut
- 5) Tekanlah dengan sisi luar telapak tangan membuat lingkaran secara bergantian mulai dari atas lutut hingga pangkal paha dan mendorong otot.

- 6) Dengan kedua tangan pijatlah kebawah pada sisi kaki hingga ke pergelangan kaki. Kemudian remas bagian dorsum dan plantaris kaki dengan kedua tangan sampai ke ujung jari.
- 7) Ulangi pada kaki kiri

B. Tahap kedua: *massage* pada telapak kaki

- 1) Letakkan alas yang cukup besar dibawah kaki klien
- 2) Tangkupkan telapak tangan kita di sekitar sisi kakii kanannya
- 3) Rilekskan jari-jari serta gerakkan tangan kedepan dan kebelakang dengan cepat. Ini akan membuat kaki rileks
- 4) Biarkan tangan tetap memegang bagian atas kaki.
- 5) Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut tarik kaki ke arah pemijat mulai dari tumit. Dengan gerakan oval putar kaki beberapa kali kesetiap arah.
- 6) Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada di atas dan telunjuk di bagian bawah.
- 7) Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekan urat-urat otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantara urat-urat otot dengan ibu jari. Ulangi gerakan ini pada tiap lekukan.
- 8) Pegang tumit kaki klien dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat

untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama, letakkan ibu jari pemijat diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya, dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain.

#### 5. Relaksasi MBSR

*Mindfulness* adalah kesadaran yang dimunculkan dengan memberikan perhatian secara sengaja, dengan cara tertentu dan secara terus menerus, di saat sekarang, dan tanpa memberikan penilaian. *Mindfulness* merupakan suatu bentuk meditasi, pasien dapat bermeditasi dengan mengatur perhatian dan energinya secara sistematis. Pasien biasanya akan dapat menyadari sisi kemanusiaannya secara penuh, demikian pula menyadari hubungannya dengan orang lain serta lingkungan sekitarnya. *Mindfulness-based interventions*, termasuk di antaranya *mindfulness-based stress reductions* diawali oleh Jon Kabat-Zinn dan telah berkembang pesat dan bermanfaat untuk mengatasi stress seseorang, termasuk dalam menurunkan tingkat nyeri (Hidayati, 2019).

Menurut Wijaya et al. (2023), MBSR dapat meningkatkan ketahanan mental dan koping adaptif, yang berkontribusi pada pengurangan kecemasan. Selain itu, MBSR juga dikaitkan dengan manfaat tambahan, termasuk peningkatan kualitas tidur, peningkatan konsentrasi, dan peningkatan kebahagiaan secara

keseluruhan. Efek dari meditasi mindfulness menunjukkan aktivasi beberapa daerah otak, menunjukkan adanya peningkatan daerah korteks prefrontal, daerah yang berkontribusi untuk mendukung dan monitoring fokus atensi dan penurunan pada orbitofrontal atau korteks medial korteks prefrontal.

Pasien dengan kronik migrain dan penggunaan obat sakit kepala berlebihan yang melakukan terapi kombinasi mindfulness dan penggunaan terapi standar selama  $\pm 90$  menit/minggu didapatkan hasil nyeri kepala berkurang sebesar  $> 50\%$ . Pengaruh latihan relaksasi terhadap kondisi fisiologi dan psikologis pasien nyeri kepala disebabkan oleh kendali sistem parasimpatis. Sistem parasimpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang memegang peranan dalam respon relaksasi. Ketegangan otot pada kejadian nyeri kepala akan meningkatkan kerja sistem simpatis sehingga menyebabkan stres pada tubuh. Latihan relaksasi dapat menimbulkan efek respon relaksasi dan menurunkan stres. Latihan relaksasi meningkatkan kerja sistem parasimpatis dengan menurunkan nadi, tekanan darah, dan ketegangan otot (H. N. Aini et al., 2023).

Langkah-langkah melakukan MBSR adalah (Sella, 2019):

1. Duduk dengan nyaman
2. Sadari gerakan pada kaki
3. Tegakkan badan
4. Sadari gerakan pada lengan

5. Lembutkan pandangan
6. Rasakan ketika bemafas
7. Sadari ketika pikiran mulai tidak fokus terhadap praktik *mindfulness* yang sedang dilakukan dan fokuskan kembali pada sensasi pemafasan
8. Berteman dengan pikiran yang terkadang tidak fokus

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah segala bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada klien yang sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) (Juniasti, 2019). Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI, 2019). Untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan diperlukan adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi (Nursalam & Efendi, 2008). Terdapat 5 tahap asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **2.3.1 Fokus Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan

kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 3 tahap kegiatan, meliputi pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah (Cappiello, 2019).

#### 1. Identitas

Identitas pasien meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, status pernikahan. Sedangkan identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

#### 2. Riwayat kesehatan

##### a. Keluhan utama

Pada umumnya klien mengalami penurunan kesadaran baik biasanya mengeluh sakit atau nyeri kepala, pusing, mual muntah.

##### b. Riwayat penyakit sekarang

Kaji penyebab trauma : biasanya karena kecelakaan lalu lintas atau sebab lain, tanyakan kapan dimana apa penyebab serta bagaimana proses terjadinya trauma. Apakah saat

trauma pingsan, disertai muntah perdarahan perdarahan atau tidak. Riwayat amnesia setelah cedera kepala cedera kepala menunjukkan derajat kerusakan otak.

c. Riwayat penyakit dulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, DM, penyakit penyakit jantung, anemia, stroke, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan konsumsi alkohol yang berlebihan.

d. Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji apakah adanya anggota keluarga yang dapat memicu timbulnya penyakit yang sama. Apakah ada salah satu anggota keluarga yang mengalami penyakit hipertensi jantung dan sebagainya.

3. Aktivitas sehari-hari

a. Integritas ego

Perasaan takut akan perubahan fisik yang signifikan, seperti luka operasi, perubahan bentuk kepala, dan gangguan neurologis. Perubahan tersebut dapat mempengaruhi citra tubuh pasien dan menyebabkan perasaan malu, tidak percaya diri, atau penolakan terhadap diri sendiri. Selain itu, pasien juga dapat mengalami perubahan emosional seperti depresi, kecemasan, atau labilitas emosi

b. Makanan atau cairan

Setelah operasi kraniotomi akibat SDH, pasien memerlukan nutrisi yang cukup untuk mendukung pemulihan dan mencegah komplikasi. Anjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang mudah ditelan, lunak, dan bergizi, seperti bubur, sup, atau makanan yang dihaluskan. Hindari makanan yang keras, lengket, atau sulit dikunyah. Berikan makanan dalam porsi kecil namun sering untuk mencegah mual dan muntah. Pastikan pasien mendapatkan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi.

c. Hygiene

Dapat terjadi penurunan kebersihan diri seperti mandi, keramas, kebersihan mulut, dan kuku.

d. Neurosensori

Perubahan tingkat kesadaran dapat menjadi indikasi adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK) atau perburukan kondisi neurologis. Memperhatikan adanya kelemahan (hemiparesis), kelumpuhan (hemiplegia), atau gerakan abnormal, gangguan sensori seperti mati rasa (anestesia), kesemutan (parestesia), atau nyeri neuropatik. Mengkaji fungsi saraf kranial (I-XII) yang meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan, pergerakan mata, sensasi wajah, kemampuan menelan, dan pergerakan lidah. Mengkaji refleks pupil (ukuran, bentuk, dan reaksi terhadap cahaya), refleks kornea, dan refleks batuk.

e. Nyeri/kenyamanan

Nyeri setelah kraniotomi umumnya bersifat akut dan terlokalisasi di area sayatan. Nyeri ini bisa digambarkan sebagai tajam, berdenyut, atau menusuk. Pasien mungkin juga mengalami nyeri kepala yang berbeda dari nyeri pasca operasi. Nyeri kepala ini bisa disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial atau peradangan.

f. Interaksi sosial

Bagaimana mekanisme klien terhadap penyakit dan perubahan perannya, pola persepsi dan konsep diri sebagai rasa tidak berdaya tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif, kondisi ekonomi klien seperti dampak biaya perawatan dan pengobatan yang besar

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan ini dimulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, tenggorokan, leher, dada, perut, jantung, paru-paru, punggung, genitalia dan ekstremitas.

a. Keadaan umum

Tergantung berat ringannya cedera, keadaan umum biasanya mengalami penurunan kesadaran.

b. Kepala dan leher

- 1) Kepala: Inspeksi (kesimetrisan muka dan tengkorak, warna dan distribusi rambut kulit kepala), palpasi

(keadaan rambut, tengkorak, kulit kepala, massa, pembengkakan, nyeri tekan.

- 2) Leher: Inspeksi (bentuk kulit (warna, pembengkakan, jaringan parut, massa), tiroid), palpasi (kelenjar limfe, kelenjar tiroid, trakea), mobilitas leher.

c. Sistem pernapasan

- 1) Inspeksi: Dada diinspeksi terutama mengenai postur, bentuk dan kesimetrisan ekspansi serta keadaan kulit. Inspeksi dada dikerjakan baik pada saat dada bergerak atau pada saat diam, terutama sewaktu dilakukan pengamatan pergerakan pernapasan. Pengamatan dada saat bergerak dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui frekuensi, sifat dan ritme/irama pernapasan. Palpasi. Dilakukan dengan tujuan untuk mengkaji keadaan kulit pada dinding dada, nyeri tekan, massa, peradangan, kesimetrisan ekspansi, dan taktil vremitus (vibrasi yang dapat teraba yang dihantarkan melalui sistem bronkopulmonal selama seseorang berbicara)
- 2) Perkusi: Perhatikan adanya hipersonor atau "dull" yang menunjukkan udara (pneumotorak) atau cairan (hemotorak) yang terdapat pada rongga pleura.
- 3) Auskultasi: Berguna untuk mengkaji aliran udara melalui batang trakeobronkeal dan untuk mengetahui

adanya sumbatan aliran udara. Auskultasi juga berguna untuk mengkaji kondisi paru-paru dan rongga pleura.

d. Sistem neurologi

Perhatikan perubahan tingkat kesadaran, seperti kebingungan, mengantuk, atau kesulitan untuk dibangunkan. Menggunakan skala koma Glasgow (GCS) untuk menilai tingkat kesadaran pasien secara kuantitatif. Kaji kekuatan otot, gerakan, dan koordinasi pada ekstremitas atas dan bawah. Perhatikan adanya kelemahan, kelumpuhan, atau gerakan abnormal. Kaji fungsi saraf kranial, termasuk penglihatan, pendengaran, pergerakan mata, sensasi wajah, dan kemampuan menelan. Perhatikan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK), seperti sakit kepala, mual, muntah, bradikardia, dan pupil yang tidak responsif. Monitor pasien terhadap adanya kejang, yang dapat menjadi komplikasi setelah kraniotomi atau SDH.

e. Sistem gastrointestinal

Perhatikan adanya mual, muntah, atau distensi abdomen yang dapat memengaruhi asupan nutrisi. Perhatikan frekuensi, konsistensi, dan warna feses. Konstipasi sering terjadi pada pasien pasca operasi. Perhatikan tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan gastrointestinal (melena atau hematemesis), perforasi usus, atau ileus paralitik.

f. Sistem eliminasi

Perhatikan jumlah urine yang dihasilkan pasien. Penurunan produksi urine bisa menjadi indikasi dehidrasi atau masalah ginjal. Kaji tentang pola buang air besar pasien sebelum dan sesudah operasi. Perubahan pola BAB seperti konstipasi atau diare dapat terjadi setelah operasi.

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien kraniotomi dengan SDH sesuai pathway yang ada adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri (D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas (D.0054)
3. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral dibuktikan dengan sakit kepala (D.0066)
4. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan dispnea (D.0005)

5. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

*Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia*

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.06049): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Nafsu makan membaik</li> </ul>	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> Terapeutik:

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p data-bbox="808 975 1211 1150">Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil (L.05042):</p> <ul data-bbox="808 1158 1211 1268" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="808 1158 1211 1230">• Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li data-bbox="808 1238 1211 1268">• Kekuatan otot meningkat</li> </ul>	<p data-bbox="1234 312 2011 456">10) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)</p> <p data-bbox="1234 456 2011 528">11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p data-bbox="1234 528 2011 560">12) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p data-bbox="1234 560 2011 639">13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p data-bbox="1234 639 2011 671">Edukasi:</p> <p data-bbox="1234 671 2011 711">14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p data-bbox="1234 711 2011 751">15) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p data-bbox="1234 751 2011 791">16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p data-bbox="1234 791 2011 831">17) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p data-bbox="1234 831 2011 903">18) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p data-bbox="1234 903 2011 935">Kolaborasi:</p> <p data-bbox="1234 935 2011 967">19) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
			<p data-bbox="1234 975 2011 1015">Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p data-bbox="1234 1015 2011 1046">Observasi:</p> <p data-bbox="1234 1046 2011 1086">1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p data-bbox="1234 1086 2011 1126">2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p data-bbox="1234 1126 2011 1198">3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p data-bbox="1234 1198 2011 1238">4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p data-bbox="1234 1238 2011 1268">Terapeutik:</p>

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ul>	5) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: 8) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9) Anjurkan melakukan ambulasi dini 10) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil (L.06049): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>• Sakit kepala menurun</li> <li>• Bradikaria menurun</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> <li>• Tekanan nadi membaik</li> <li>• Pola napas membaik</li> <li>• Respon pupil membaik</li> </ul>	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3) Monitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>)</li> <li>4) Monitor CVP (<i>central venous pressure</i>)</li> <li>5) Monitor PAWP, <i>jika perlu</i></li> <li>6) Monitor PAP, <i>jika perlu</i></li> <li>7) Monitor ICP (<i>intracranial pressure</i>)</li> <li>8) Monitor gelombang ICP</li> <li>9) Monitor status pernapasan</li> </ol>

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleks neurologis membaik</li> </ul>	10) Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan 11) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik: 12) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 13) Berikan posisi semi <i>fowler</i> 14) Hindari <i>manuver valsava</i> 15) Cegah terjadinya kejang 16) Hindari penggunaan PEEP 17) Hindari pemberian cairan IV hipotonik 18) Atur ventilator agar PaCO <sub>2</sub> optimal 19) Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi: 20) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 21) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, <i>jika perlu</i> 22) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
4.	Pola napas tidak efektif (D.0005)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil (L.01004): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnea menurun</li> <li>• Penggunaan otot bantu napas menurun</li> </ul>	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2) Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: <i>gurgling, mengi, wheezing, ronchi</i> kering) 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik:

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>• Frekuensi napas membaik</li> <li>• Kedalaman napas membaik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw thrust</i> jika curiga trauma fraktur servikal)</li> <li>5) Posisikan semi-<i>fowler</i> atau <i>fowler</i></li> <li>6) Berikan minum hangat</li> <li>7) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>8) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>9) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>10) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep <i>McGill</i></li> <li>11) Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>13) Ajarkan Teknik batuk efektif</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>14) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</li> </ol>
5.	Risiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil (L.14137):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demam menurun</li> <li>• Kemerahan menurun</li> <li>• Nyeri menurun</li> </ul>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3) Berikan perawatan kulit pada area edema</li> </ol>

No.	Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkak menurun</li> <li>• Kadar sel darah putih membaik</li> </ul>	<p>4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi:</p> <p>6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>8) Ajarkan etika batuk</p> <p>9) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>12) Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></p>

#### **2.3.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan terhadap intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan merupakan salah satu hal terpenting karena hal inilah yang membuat semua perencanaan tersebut menjadi nyata (Lingga, 2019). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien (Kurniawati, 2017). Struktur acuan implementasi keperawatan ini, selain dari intervensi yang sudah tersurat, adalah melalui beberapa aturan yang berlaku dalam melaksanakan tindakan dan asuhan keperawatan (Lingga, 2019)

#### **2.3.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan di mana dilakukan penilaian untuk menentukan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan telah tercapai (Kurniawati, 2017). Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Hanif, 2020).

Dalam melakukan evaluasi, perawat perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk memahami bagaimana pasien merespons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan untuk membuat kesimpulan tentang pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, serta kemampuan untuk menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses evaluasi dalam asuhan keperawatan adalah proses sistematis yang melibatkan pengumpulan data, analisis hasil, dan penarikan kesimpulan terhadap pencapaian tujuan perawatan serta respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan. Evaluasi ini juga mencakup penilaian berkelanjutan terhadap kondisi pasien, respons terhadap perawatan, serta perubahan yang terjadi dalam kebutuhan perawatan seiring berjalannya waktu. Dibawah ini merupakan jenis-jenis evaluasi yang dapat dijadikan pedoman dalam menilai sejauh mana keberhasilan diagnosa keperawatan yang telah dilakukan (Kurniawati, 2017).

1. Evaluasi formatif (evaluasi proses)

Evaluasi formatif berfokus pada proses dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan untuk menilai efektivitas tindakan tersebut. Proses evaluasi formatif harus dilakukan secepat mungkin setelah perencanaan dan berlanjut hingga tujuan keperawatan tercapai. Dalam evaluasi ini, perawat juga dapat menganalisis respons pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Kurniawati, 2017).

## 2. Evaluasi sumatif (evaluasi hasil)

Evaluasi sumatif dilakukan setelah semua aktivitas keperawatan selesai. Tujuannya adalah untuk menilai dan memantau kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan dalam evaluasi ini termasuk wawancara di akhir layanan, menanyakan tanggapan pasien dan keluarga tentang layanan keperawatan, serta mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Evaluasi sumatif berguna untuk menentukan apakah perawatan telah berhasil mencapai hasil yang diharapkan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi terkait pencapaian tujuan keperawatan menurut (Kurniawati, 2017):

- a. Tujuan tercapai dapat dilihat apabila pasien mengalami peningkatan status kesehatan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan.
- b. Tujuan tidak tercapai apabila pasien tidak mengalami peningkatan status kesehatan atau tidak memperlihatkan kemajuan sama sekali dan muncul masalah baru selama proses perawatan. Perawat perlu mengambil langkah konkrit untuk mengkaji lebih mendalam dan evaluasi kembali apakah implementasi, diagnosa, serta kriteria hasil sudah sesuai dengan penyakit yang dialami oleh pasien sehingga dapat meningkatkan status kesehatan pasien

Menurut Meisaningsih (2021), penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan membandingkan

antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan direncanakan. Perumusan evaluasi sumatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

1. S (Subjektif)

Data subjektif adalah hasil dari keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia atau gangguan berbicara

2. O (Objektif)

Data objektif adalah hasil dari observasi yang dilakukan oleh Perawat.

3. A (Analisis)

Masalah dan diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif yang diperoleh.

4. P (Perencanaan)

Perencanaan yaitu merencanakan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

## **BAB 3**

### **METODE**

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Dalam karya akhir ilmiah ners ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai status suatu gejala yang ada, yaitu gejala yang ada pada saat penelitian dilakukan. Penelitian deskriptif tidak bertujuan untuk menguji hipotesis tertentu, tetapi hanya menggambarkan apa adanya tentang sesuatu variabel, gejala atau keadaan (Zellatifanny & Mudjiyanto, 2018). Studi kasus adalah sebuah metode empiris yang menyelidiki suatu fenomena kontemporer atau kasus secara mendalam dan dalam konteks dunia nyata, yang digunakan terutama ketika batasan antara fenomena dan konteks tidak terlihat secara jelas. Pendekatan studi kasus digunakan ketika peneliti ingin mendapatkan pemahaman atas suatu masalah, peristiwa, atau fenomena yang menarik dalam konteks kehidupan nyata yang alami. Studi kasus juga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan pandangan yang holistik mengenai serangkaian kejadian atau fenomena tertentu (Nurahma & Hendriani, 2021). Rancangan penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus yang bersifat asuhan keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan (Rahayuningsih, 2021).

## **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

### **3.2.1 Lokasi Penelitian**

Lokasi pengambilan kasus dilakukan di Ruang Terarai RST dr. Soepraoen Malang

### **3.2.2 Waktu Penelitian**

Waktu pengambilan kasus dilakukan saat melaksanakan praktik klinik stase Keperawatan Medikal Bedah II pada 1 Agustus 2024 – 3 Agustus 2024.

## **3.3 Subjek Penelitian**

Subjek pada penyusunan karya ilmiah akhir ners ini adalah pasien post operasi kraniotomi dengan diagnosa SDH di Ruang Terarai RST dr. Soepraoen Malang sebanyak 1 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek agar dapat diikutsertakan dalam penelitian. Persyaratan ini biasanya mencakup karakteristik subjek, termasuk demografis dan geografis, serta periode waktu yang ditentukan (Pradono et al., 2018).

Kriteria inklusi dalam karya ilmiah akhir ners ini adalah:

- a. Pasien dengan diagnosa SDH yang bersedia menjadi responden untuk diberikan intervensi
- b. Pasien dengan diagnosa SDH post operasi kraniotomi yang memiliki masalah keperawatan utama nyeri akut dengan

karakteristik nyeri P luka operasi, Q terasa seperti diiris-iris, R di kepala, S 4-6 (sedang), T terus menerus

## 2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi disebut juga kriteria penolakan, adalah keadaan yang menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian. Kriteria eksklusi bukan kebalikan dari kriteria inklusi (Pradono et al., 2018). Kriteria eksklusi dalam karya ilmiah akhir ini adalah:

- a. Pasien dengan nyeri hebat dan mendapatkan analgetik narkotik.
- b. Pasien dengan luka bakar hebat, fraktur ekstremitas bawah, dan kondisi ekstremitas bawah yang tidak lengkap
- c. Pasien dengan kondisi mental tertentu (psikosis, gangguan bipolar tidak stabil, depresi berat) dan memiliki riwayat trauma berat
- d. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran dan dipindahkan ke ruang ICU

### 3.4 Kriteria Hasil

Kriteria hasil dari masalah keperawatan nyeri akut adalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018):

1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
2. Keluhan nyeri menurun
3. Meringis menurun
4. Sikap protektif menurun

5. Gelisah menurun
6. Kesulitan tidur menurun
7. Menarik diri menurun
8. Berfokus pada diri sendiri menurun
9. Diaforesis menurun
10. Perasaan depresi (tertekan) menurun
11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun
12. Anoreksia menurun
13. Perineum terasa tertekan menurun
14. Uterus teraba membulat menurun
15. Ketegangan otot menurun
16. Pupil dilatasi menurun
17. Muntah menurun
18. Mual menurun
19. Frekuensi nadi membaik
20. Pola napas membaik
21. Tekanan darah membaik
22. Proses berpikir membaik
23. Fokus membaik
24. Perilaku membaik
25. Nafsu makan membaik
26. Pola tidur membaik

### 3.5 Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data adalah teknik atau cara-cara yang dapat digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Metode pengumpulan data sebagai suatu metode yang independen terhadap metode analisis data atau bahkan menjadi alat utama metode dan teknik analisis data (Makbul, 2021). Adapun teknik pengumpulan data dalam karya ilmiah akhir ners ini adalah dengan teknik wawancara, observasi, dan analisis dokumentasi. Mekanisme penelitian dalam karya ilmiah akhir ners ini adalah sebagai berikut

1. Melakukan dan melaksanakan pendekatan kepada responden dan memberikan penjelasan terkait tujuan penelitian.
2. Meminta persetujuan responden dan menjelaskan lebih lanjut mengenai mekanisme penelitian.
3. Melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan pedoman asuhan keperawatan yaitu menurut SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).
4. Melaksanakan intervensi yang telah ditentukan berupa terapi *foot massage* dan *mindfulness-based stress reduction* (MBSR) untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi dengan diagnosa SDH
5. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah diberikan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan atau intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan

## **BAB 4**

### **HASIL**

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Pengumpulan Data**

###### **A. Biodata**

1. Nama : Tn. B
2. Jenis Kelamin : Laki-laki
3. Umur : 63 tahun
4. Status Perkawinan : Kawin
5. Pekerjaan : Petani
6. Agama : Islam
7. Pendidikan Terakhir : SLTA
8. Alamat : Bululawang, Malang
9. No. Register : 418xxx
10. Tanggal MRS : 31 Juli 2024
11. Tanggal Pengkajian : 1 Agustus 2024
12. Diagnosa Medis : SDH + CKR 456

###### **B. Riwayat Kesehatan Klien**

1. Keluhan Utama/Alasan Masuk Rumah Sakit  
Pasien mengatakan nyeri kepala karena selesai menjalani operasi kraniotomi.
2. Riwayat Penyakit Sekarang  
Pasien datang ke IGD RST dr. Soepraoen Malang pada 31 Juli 2024 pukul 14.00 karena rujukan dari RS lain. Pasien

mengatakan jatuh dari motor. Setelah jatuh dari motor, pasien dibawa ke IGD RS lain karena terdapat perdarahan di kepala dan merasa nyeri kepala. Pengkajian nyeri pre operasi:

P: luka di kepala

Q: ditusuk-tusuk

R: kepala

S: 5

T: sering

Pasien menjalani operasi kraniotomi pada 1 Agustus 2024 pukul 12.00-14.00 di RST dr. Soepraoen Malang. Pengkajian nyeri post operasi:

P: luka operasi

Q: diiris-iris

R: kepala

S: 5

T: sering

Pasien tampak meringis dan bersikap protektif menghindari nyeri.

### 3. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Pasien mengatakan biasanya pagi batuk tidak kunjung sembuh. Pasien biasanya minum obat untuk batuknya namun pasien lupa nama obat yang biasanya diminum. Pasien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat operasi. Pasien

mengatakan memiliki riwayat penyakit asma waktu kecil, namun pasien menyangkal memiliki penyakit pernapasan yang lain dalam waktu dekat ini.

#### 4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit khusus yang menurun atau menular

### **C. Pola Aktivitas Sehari-hari**

#### 1. Pola Tidur/Istirahat

##### a. Waktu tidur

Rumah: pasien mengatakan biasanya tidur sekitar pukul 21.00-22.00

RS: pasien mengatakan saat di RS tidur sekitar pukul 22.00-23.00

##### b. Waktu bangun

Rumah: pasien mengatakan biasanya bangun sekitar pukul 03.00-03.30

RS: pasien mengatakan saat di RS bangun sekitar pukul 04.30-05.00

##### c. Masalah tidur

Pasien mengatakan tidak ada masalah tidur

##### d. Hal-hal yang mempermudah tidur

Rumah: pasien mengatakan hal yang mempermudah tidur di rumah adalah suara senyap

RS: pasien mengatakan hal yang mempermudah tidur di RS adalah minim suara bising

e. Hal-hal yang mempermudah terbangun

Rumah: pasien mengatakan mudah terbangun ketika banyak suara bising di rumah

RS: pasien mengatakan mudah terbangun ketika ada suara berisik atau batuk-batuk di sekitarnya

2. Pola Eliminasi

a. BAB

Rumah: pasien mengatakan biasanya BAB 1 hari sekali, warna coklat, konsistensi lembek

RS: pasien mengatakan hari ini belum BAB

b. BAK

Rumah: pasien mengatakan biasanya BAK sekitar 5-6x sehari, warna kuning

RS: pasien mengatakan BAK masih sekitar 1-2x, warna kuning

c. Kesulitan BAK/BAB

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan BAB dan BAK

d. Upaya/cara mengatasi masalah tersebut

Tidak ada

3. Pola Makan dan Minum

a. Jumlah dan jenis makanan

Rumah: pasien mengatakan biasanya makan 3x sehari dengan nasi dan lauk pauk, porsi makan habis

RS: pasien mengatakan masih puasa karena baru menjalani operasi kraniotomi

b. Waktu pemberian makan

Rumah: pagi, siang, sore

RS: pagi, siang, sore

c. Jumlah dan jenis cairan

Rumah: pasien mengatakan biasanya minum sekitar  $\pm 1.000-1.400$  ml air mineral

RS: pasien mengatakan belum minum karena masih puasa setelah menjalani operasi kraniotomi

d. Waktu pemberian cairan

Pasien mengatakan akan minum jika terasa haus

e. Pantangan

Pasien mengatakan tidak ada pantangan

f. Kesulitan mengunyah

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan mengunyah

g. Kesulitan menelan

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan menelan

h. Mual dan muntah

Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah

i. Tidak dapat makan sendiri

Pasien tidak dapat makan sendiri karena habis operasi, makan dibantu istri dengan cara disuapi.

#### 4. Kebersihan Diri

##### a. Pemeliharaan badan

Rumah: pasien mengatakan biasanya mandi 2x sehari yaitu pagi, dan sore/malam

RS: pasien mengatakan mandi 1x sehari dengan dibantu istri (seka)

##### b. Pemeliharaan gigi dan mulut

Rumah: pasien mengatakan biasanya gosok gigi 1x di malam hari

RS: pasien mengatakan gosok gigi 1x di malam hari malam hari.

##### c. Pemeliharaan kuku

Pasien mengatakan potong kuku saat kukunya terlihat panjang. Pasien mengatakan terakhir potong kuku sekitar 2-3 hari yang lalu.

#### 5. Pola Kegiatan/Aktivitas Lain

Pasien mengatakan biasanya pagi-sore pergi ke ladang untuk bertani. Saat malam hari, pasien menghabiskan waktu dengan bersantai di rumah bersama keluarga.

### **D. Data Psikososial**

#### 1. Pola komunikasi

Pasien kooperatif dan pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan lancar.

2. Orang yang paling dekat dengan klien

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istri dan anak pertamanya.

3. Dampak dirawat di rumah sakit

Pasien mengatakan dampak dari dirawat di rumah sakit adalah tidak bisa mengurus ladangnya, namun istrinya membantunya mengurus ladang selama pasien dirawat di RS.

4. Hubungan dengan orang lain/interaksi sosial

Pasien nampak dapat berinteraksi dengan baik terutama dengan istri dan anaknya.

5. Keluarga yang dihubungi bila diperlukan

Pasien mengatakan anggota keluarganya yang dapat dihubungi bila diperlukan adalah istri dan anak-anaknya

### **E. Data Spiritual**

1. Ketaatan beribadah

Rumah: pasien mengatakan saat di rumah rajin sholat 5 waktu di masjid.

RS: pasien mengatakan saat dirawat di RS menjadi kesulitan sholat, jadi hanya bisa berdzikir dan berikhtiar.

2. Keyakinan terhadap sehat/sakit

Pasien mengatakan bahwa kejadian kecelakaan jatuh dari motor adalah karena pasien kurang berhati-hati dengan kondisi di sekitarnya ketika berkendara.

3. Keyakinan terhadap penyembuhan

Pasien mengatakan yakin bisa sembuh dari sakit yang dideritanya saat ini

## F. Pemeriksaan Fisik

1. Kesan umum/keadaan umum

Cukup

2. Tanda-tanda vital

- a. Suhu tubuh : 36,6°C
- b. Tekanan darah :  $\frac{150}{85} mmHg$
- c. Nadi : 126x/menit
- d. Respirasi : 24x/menit
- e. Tinggi badan : 170 cm
- f. Berat badan : 70 Kg

3. Pemeriksaan kepala dan leher

- a. Bentuk kepala : bulat
- b. Ubun-ubun : sutura sagtalis tepat, datar, tidak ada benjolan
- c. Kulit kepala : nampak bersih, terdapat balutan luka *post* kraniotomi di

- frontal* kanan.  
Terdapat drain  
dengan produksi  $\pm$   
5cc.
- d. Penyebaran dan keadaan rambut : terdapat kebotakan  
di area sekitar ubun-  
ubun
- e. Bau : tidak ada bau
- f. Warna : hitam dan beruban
- g. Wajah : berbentuk oval
- h. Warna kulit : sawo matang, tidak  
nampak pucat
- i. Struktur wajah : nampak simetris
4. Mata
- a. Kelengkapan dan kesimetrisan : mata lengkap dan  
simetris antara  
kanan dan kiri
- b. Kelopak mata : tidak ada  
benjolan/lesi
- c. Konjungtiva dan sclera : ananemis, anikterik
- d. Pupil : isokor, refleksi cahaya  
baik dengan  
diameter 3 mm  
kanan dan kiri

- e. Kornea dan iris : kornea tampak jernih, iris warna coklat tua

## 5. Hidung

- a. Tulang hidung dan posisi septum nasi : tidak ada deformitas dan posisi septum nasi tepat di tengah

- b. Lubang hidung : lengkap (2), tidak ada perdarahan, tidak ada sumbatan, tidak ada sekret

- c. Cuping hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung

## 6. Telinga

- a. Bentuk telinga : *narrow ear*
- b. Ukuran telinga : panjang  $\pm 6$ cm kanan kiri

- c. Ketengan telinga : terasa elastis, tidak ada tinnitus, tidak ada perforasi gendang telinga
- d. Lubang telinga : tidak ada peradangan, terdapat sedikit serumen
- e. Ketajaman pendengaran : pasien dapat mendengar dengan baik saat di tes berbisik oleh perawat

#### 7. Mulut dan faring

- a. Keadaan bibir : mukosa lembab, tidak terdapat luka, tidak terdapat lesi
- b. Keadaan gusi dan gigi : tidak ada stomatitis, tidak ada perdarahan, gigi tampak bersih
- c. Keadaan lidah : nampak bersih, tidak ada stomatitis

#### 8. Leher

- a. Posisi trakea : tepat di tengah
- b. Tiroid : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran tiroid
- c. Suara : terdengar jelas
- d. Kelenjar lymphe : tidak ada pembesaran kelenjar lymphe

- e. Vena jugularis : teraba, tidak ada distensi
- f. Denyut nadi karotis : teraba di lekukan leher

#### 9. Pemeriksaan integumen

- a. Kebersihan : bersih
- b. Kehangatan : akral teraba hangat
- c. Warna : ananemis, anikterik
- d. Turgor : kembali <3 detik
- e. Tekstur : terasa lembut dan elastis
- f. Kelembapan : lembap
- g. Kelainan pada kulit : terdapat luka abrasi di  
punggung tangan kanan  
seluas 2x3 cm

#### 10. Pemeriksaan payudara dan ketiak

- a. Ukuran dan bentuk payudara : simetris  
kanan dan  
kiri, tidak  
ada benjolan
- b. Warna payudara dan aerola : warna normal  
sawo matang  
sesuai warna  
kulit, aerola  
warna coklat  
tua
- c. Kelainan-kelainan payudara dan puting : tidak ada

- kelainan
- d. Axila dan clavicula : tidak ada  
 pembesaran  
 nodus limfe,  
 tidak ada  
 nyeri, tidak  
 ada benjolan

#### 11. Pemeriksaan thorak

- a. Bentuk thorak : normochest, simetris  
 kanan dan kiri
- b. Frekuensi napas : 24x/menit
- c. Irama napas : reguler
- d. Tanda-tanda kesulitan bernapas : tidak ada

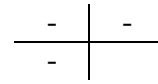
#### 12. Pemeriksaan paru

- a. Palpasi getaran suara : pergerakan dada simetris dan  
 getaran merata
- b. Perkusi : redup di bagian lobus  
 superior

+	+
-	-
-	

- c. Suara napas : ronkhi kering
- d. Suara ucapan : serak, produksi sputum 6 cc
- e. Suara tambahan : terdengar ronkhi

+ | +



### 13. Pemeriksaan jantung

- a. Ictus cordis : teraba pada ICS IV midclavicula
- b. Bunyi jantung I : terdengar lub
- c. Bunyi jantung II : terdengar dub
- d. Bising/murmur : tidak ada bising/murmur
- e. Frekuensi jantung : 126x/menit

### 14. Pemeriksaan abdomen

- a. Bentuk abdomen : datar, simetris
- b. Benjolan/masa : tidak ada benjolan/massa
- c. Peristaltik usus : 18x/menit
- d. Tanda nyeri tekan : tidak ada nyeri tekan
- e. Tanda-tanda ascites : tidak ada timpanitis, tidak ada mual muntah, tidak ada nyeri
- f. Hepar : tidak ada pembesaran
- g. Lien : tidak ada pembesaran
- h. Titik Mc. Burne : tidak ada nyeri tekan
- i. Suara abdomen : terdengar timpani
- j. Pemeriksaan ascites : tidak ada ascites

### 15. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

- a. Rambut pubis : tidak terkaji
- b. Kelainan-kelainan pada genitalia: tidak terkaji

### 16. Pemeriksaan musculoskeletal

- a. Kesimetrisan otot : simetris
- b. Pemeriksaan edema : tidak ada edema
- c. Kekuatan otot : 5 5  
5 5

5: Gerakan normal, kekuatan penuh

- d. Kelainan-kelainan pada ekstremitas dan kuku: tidak ada

#### 17. Pemeriksaan neurologi

- a. Tingkat kesadaran/GCS : compos mentis/456
- b. Tanda-tanda rangsangan otak : tidak ada kaku kuduk, tidak ada tanda brudzinki, tidak ada kernig sign
- c. Fungsi motorik : dapat melakukan abduksi, adduksi, fleksi, dan ekstensi
- d. Fungsi sensorik
  - 1) Sensasi taktil : pasien dapat merasakan rangsangan yang diberikan di kulit
  - 2) Sensasi nyeri superfisial : pasien dapat menebak tingkat ketajaman dengan tepat
  - 3) Sensasi suhu : pasien dapat

menyebutkan suhu  
panas dan dingin  
yang diberikan

- 4) Sensasi tekan : pasien dapat  
merasakan tekanan  
yang diberikan dan  
menyebutkan  
lokasinya

e. Refleks fisiologis

1) Reflek patella : positif

2) Reflek achilles : positif

f. Reflex patologis: tidak terdapat reflex patologis

18. Pemeriksaan status mental

- a. Kondisi emosi/perasaan : emosi stabil namun pasien  
merasa gelisah dengan  
suntik dan tindakan medis

b. Orientasi

1) Tempat : pasien dapat menyebutkan saat ini  
dirawat di Ruang Teratai

2) Orang : pasien dapat menyebutkan saat ini  
sedang dirawat/dilakukan tindakan  
oleh perawat

3) Waktu : pasien dapat menyebutkan saat ini  
waktu sudah sore

- c. Proses berpikir
- 1) Ingatan : pasien ingat dirinya kecelakaan jatuh dari motor
  - 2) Keputusan : pasien ingin segera sembuh dan kembali ke rumah
  - 3) Atensi : pasien dapat memperhatikan saat diajak berbicara
  - 4) Perhitungan : pasien mampu berhitung
- d. Persepsi: pasien mengatakan ingin cepat sembuh jika melakukan pengobatan rutin kontrol
- e. Bahasa: pasien dapat berbahasa Indonesia dan Jawa

## G. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Diagnosa medis

SDH + CKR 456

### 2. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tanggal 31 Juli 2024

*Tabel 4. 1 Data penunjang pemeriksaan darah lengkap*

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Eritrosit	4.5	10 <sup>6</sup> / $\mu$ L	3.5-5.5
Hemoglobin	13.4	g/dL	13.4-17.7
Hematokrit	40.0	%	40-47
MCV	89.2	$\mu$ m <sup>3</sup>	82-92
<b>MCH</b>	<b>30.2</b>	<b>pg</b>	<b>82-92</b>
MCHC	34.4	%	32.0-37.0
RDW-CV	13.9	%	11.0-17.0
RDW-SD	46.3	$\mu$ m <sup>3</sup>	37.0-49.0
Trombosit	227.000	sel/ $\mu$ L	150.000-450.000
<b>Lekosit</b>	<b>10.330</b>	<b>sel/<math>\mu</math>L</b>	<b>4.300-10.300</b>
<b>Neutrofil%</b>	<b>88</b>	<b>%</b>	<b>40.0-73.0</b>
<b>Limfosit%</b>	<b>8</b>	<b>%</b>	<b>15.0-45.0</b>

Monosit%	4	%	4.0-12.0
Eosinofil%	0.0	%	0.5-7.0
Basofil%	0.1	%	0.0-2.0
PT Pasien	15.7	detik	11-18
INR	1.18		0.8-1.2
APTT Pasien	29.1	detik	27-42
KIMIA KLINIK			
AST (SGOT)	17	u/L	10-35
ALT (SGPT)	11	u/L	10-50
Ureum	19	mg/dL	10-50
Kreatinin	0.5	mg/dL	0.5-1.1
Glukosa darah sewaktu	145	mg/dL	<200
IMUNOSEROLOGI			
HBsAg	Non reaktif		Non reaktif

### 3. Pemeriksaan rontgen (Radiologi CT Scan Kepala Tanpa Kontras) tanggal 31 Juli 2024

#### Kesimpulan:

- EDH regio frontal kanan estimasi volume  $\pm$  0,5 cc
- Contusial hemorrhage patchy lobus frontal kanan
- SDH pada tentorium cerebelli kanan dengan ketebalan 5 mm sebanyak 3 slice potongan 10 mm
- Edema on Senile brain atrophy
- Atherosclerosis MCA, vertebralis bilateral dan Basilaris
- Panhematosinus ipsilateral dextra
- Fracture pada os frontal kanan, dinding anterior posterior sinus frontalis kanan, ZMC kanan, ala parva ala magna os sphenoidalis kanan, dinding anterior lateral sinus maxilaris kanan

#### H. Penatalaksanaan dan Terapi

Tanggal 1 Agustus 2024

- Infus NaCl 0,9%

- Injeksi ceftriaxone 1 gram 2x1
- Injeksi tranexamid acid 500 mg 3x1
- Injeksi ketorolac 30 mg 3x1
- Injeksi ranitidine 50 mg 2x1
- Per oral dexamethasone 0,5 mg 3x1

#### 4.1.2 Analisis Data

Nama pasien : Tn. B  
 Umur : 63 tahun  
 No. Reg. : 418xxx

Tabel 4. 2 Analisa data keperawatan pasien

No.	Data Penunjang	Masalah	Etiologi
1.	DS: Pasien mengatakan nyeri P : luka operasi Q : diriris-iris R : kepala S : 5 T : sering DO: - K/u cukup, GCS 4/5/6 - Pasien mengeluh nyeri - Tampak meringis - Bersikap protektif menghindari nyeri - Frekuensi nadi 126x/menit - Tekanan darah 150/85mmHg - Porsi makan tidak habis - Terpasang drain dengan produksi $\pm$ 5cc	Nyeri akut	Prosedur pembedahan kraniotomi <input type="checkbox"/> Luka insisi penatalaksanaan pembedahan <input type="checkbox"/> Impuls nyeri di otak <input type="checkbox"/> Nyeri dipersepsikan <input type="checkbox"/> Nyeri akut
2.	DS: Pasien mengatakan batuk-batuk DO: - Batuk tidak efektif	Bersihan jalan napas tidak efektif	Pembedahan kraniotomi <input type="checkbox"/> Pemasangan ETT <input type="checkbox"/> Peradangan bronkus <input type="checkbox"/>

No.	Data Penunjang	Masalah	Etiologi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produksi sputum 6 cc</li> <li>- Suara paru terdengar ronkhi pada lobus superior dextra dan sinistra</li> <li>- Hasil pemeriksaan TTV: RR: 24x/menit SpO<sub>2</sub>: 97% room air</li> </ul>		Penumpukan sekret <input type="checkbox"/> Sekret sulit dikeluarkan <input type="checkbox"/> Bersihan jalan napas tidak efektif
3.	DS: Pasien mengatakan terdapat luka bekas operasi di kepala DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien post operasi kraniotomi</li> <li>- Terpasang drain</li> <li>- Terdapat balutan luka berupa kassa dan heparif di area dahi kanan</li> </ul>	Risiko infeksi	Pembedahan kraniotomi <input type="checkbox"/> Prosedur patogen <input type="checkbox"/> Luka insisi <input type="checkbox"/> Risiko terpapar patogen lingkungan <input type="checkbox"/> Risiko infeksi
4.	DS: Pasien mengatakan telah menjalani operasi kraniotomi DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- K/u cukup</li> <li>- Kesadaran cmpos mentis</li> <li>- GCS 456</li> </ul>	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Pembedahan kraniotomi <input type="checkbox"/> Perdarahan otak <input type="checkbox"/> Aliran darah ke otak menurun <input type="checkbox"/> Penurunan suplai O <sub>2</sub> ke otak <input type="checkbox"/> Risiko perfusi serebral tidak efektif
5.	DS: Pasien mengatakan telah menjalani operasi kraniotomi DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang drain dengan produksi ±5 cc</li> </ul>	Risiko perdarahan	Pembedahan kraniotomi <input type="checkbox"/> Tindakan infasif <input type="checkbox"/> Kerusakan pembuluh darah <input type="checkbox"/> Risiko perdarahan

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian dan Analisa data, didapatkan hasil beberapa diagnosa keperawatan sebagai berikut:

Nama pasien : Tn. B  
 Umur : 63 tahun  
 No. Reg. : 418xxx

*Tabel 4. 3 Daftar diagnosa keperawatan pasien*

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan
1.	1 Agustus 2024	Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d. mengeluh nyeri, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah <sup>150</sup> / <sub>85</sub> mmHg, porsi makan tidak habis, tampak meringis, bersikap protektif (D.0077)
2.	1 Agustus 2024	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d. hipersekresi jalan napas d.d. batuk tidak efektif, sputum berlebih, ronkhi kering (D.0001)
3.	1 Agustus 2024	Risiko infeksi b.d. efek prosedur infasif (D.0142)
4.	1 Agustus 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d. efek samping tindakan (D.0017)
5.	1 Agustus 2025	Risiko perdarahan b.d. tindakan pembedahan (D.0012)

## 4.3 Intervensi Keperawatan

Pada penyusunan intervensi keperawatan terdapat langkah-langkah penyusunan yaitu menentukan urutan prioritas masalah keperawatan, merumuskan tujuan keperawatan dan penentuan kriteria hasil, yang terakhir adalah perencanaan tindakan keperawatan.

### 4.3.1 Prioritas Diagnosa Keperawatan

Setelah dirumuskan beberapa diagnose keperawatan yang muncul, maka diagnose keperawatan tersebut akan di prioritaskan berdasarkan masalah yang memengaruhi kehidupan atau keselamatan pasien dan











masalah nyata mendapatkan perhatian atau prioritas lebih tinggi daripada masalah potensial. Dari hal tersebut diagnose keperawatan yang muncul dapat diprioritaskan sebagai berikut:

Nama pasien : Tn. B

Umur : 63 tahun

No. Reg. : 418xxx

*Tabel 4. 4 Daftar prioritas 76 diagnose keperawatan pasien*

No.	Diagnosa Keperawatan	Masalah ditemukan		Masalah teratasi	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1.	Nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d. mengeluh nyeri, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah 150/85mmHg, porsi makan tidak habis, tampak meringis, bersikap protektif (D. 0077)	1 Agustus 2024		3 Agustus 2024	
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d. hipersekresi jalan napas d.d. batuk tidak efektif, sputum berlebih, ronkhi kering (D.0001)	1 Agustus 2024		3 Agustus 2024	
3.	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d. efek samping tindakan (D.0017)	1 Agustus 2024		3 Agustus 2024	
4.	Risiko perdarahan b.d. tindakan pembedahan (D.0012)	1 Agustus 2024		3 Agustus 2024	
5.	Risiko infeksi b.d. efek prosedur infasif (D.0142)	1 Agustus 2024		3 Agustus 2024	

### 4.3.2 Tujuan dan Rencana Keperawatan

Setelah ditentukan prioritas diagnosa keperawatan, maka dilakukan penyusunan tujuan perawatan, kriteria hasil, dan intervensi/rencana keperawatan yang akan dilakukan. Berikut intervensi keperawatan yang akan dilakukan :

Nama pasien : Tn. B

Umur : 63 tahun

No. Reg. : 418xxx

Tabel 4. 5 Tujuan dan rencana keperawatan pasien

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
1.	Jum'at/ 1 Agustus 2024	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.06049): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan nyeri menurun skala 1 NRS</li> <li>• Meringis menurun</li> <li>• Frekuensi nadi membaik 60x-100x/menit</li> </ul>	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>5) Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR)</li> </ol> Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> </ol>

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan darah membaik menjadi <math>120/70</math> mmHg</li> <li>• Nafsu makan membaik dengan porsi makan habis</li> </ul>	8) Jelaskan strategi meredakan nyeri 9) Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 10) Kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 30 mg)
2.	Jum'at/ 1 Agustus 2024	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil (L.01001): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk efektif meningkat</li> <li>• Produksi sputum menurun</li> <li>• Frekuensi napas membaik 16x-20x/menit</li> </ul>	Latihan Batuk Efektif (I.01006) Observasi 1) Identifikasi kemampuan batuk Terapeutik 2) Atur posisi semi-fowler dan fowler 3) Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 4) Buang sekret pada tempat sputum Edukasi 5) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 6) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 7) Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali 8) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3
3.	Jum'at/ 1 Agustus 2024	Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d. efek samping	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan perfusi serebral meningkat	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor MAP (mean arterial pressure)

No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
		tindakan (D.0017)	dengan kriteria hasil (L.02014): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekanan intra kranial menurun 70-100 mmHg</li> <li>• Sakit kepala menurun skala 1 NRS</li> </ul>	Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>5) Berikan posisi semi fowler</li> <li>6) Hindari manuver valsava</li> <li>7) Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol>
4.	Jum'at/ 1 Agustus 2024	Risiko perdarahan b.d. tindakan pembedahan (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil (L.02017): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan pasca operasi menurun dengan tidak ada perdarahan</li> </ul>	Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> </ol> Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>3) Batasi tindakan invasive</li> <li>4) Gunakan kasur pencegah decubitus</li> <li>5) Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ol> Edukasi <ol style="list-style-type: none"> <li>6) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>7) Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>8) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> <li>9) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ol> Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> <li>10) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</li> </ol>
5.	Jum'at/ 1 Agustus 2024	Risiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol>


No.	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Tindakan Keperawatan
			tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil (L.14137): <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyeri menurun ke skala 1 NRS</li> </ul>	Terapeutik: <ol style="list-style-type: none"> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>Pertahankan teknik aseptik pada pasien</li> </ol> Edukasi: <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol>

#### 4.4 Implementasi Keperawatan



Implementasi/tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. B disesuaikan dengan rencana yang telah dibuat berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia. Berikut implementasi keperawatan yang dilakukan :


Nama pasien : Tn. B  
 Umur : 63 tahun  
 No. Reg. : 418xxx



Tabel 4. 6 Implementasi keperawatan pasien

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
1 Agustus 2024/ 16.00	D.0077	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengukuran tanda-tanda vital</li> <li>Menyanyakan keluhan, respon, dan skala nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri</li> <li>Memberikan edukasi tentang teknik relaksasi</li> <li>Mengajarkan dan memandu teknik relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR kepada pasien dan keluarganya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hasil pengukuran tanda-tanda vital                      TD : <del>150</del><sub>85</sub> mmHg                      N : 126x/menit                      RR : 24x/menit                      S : 36,6°C                      SpO<sub>2</sub> : 97% <i>room air</i></li> <li>Keluhan nyeri (+), tampak meringis (+)                      Hasil pengkajian nyeri                      P : luka operasi                      Q : diiris-iris                      R : kepala                      S : 5</li> </ol>	


Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		6. Meminta keluarga pasien dan pasien untuk mengulang kembali cara melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR 7. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi ketorolac 30 mg (IV)</li> </ul>	T : terus menerus 3. Pasien nampak meringis ketika bergerak dan bersikap protektif 4. Pasien memahami edukasi yang diberikan tentang relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR 5. Pasien dapat mengikuti dan melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR 6. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri 7. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat injeksi	
	D.0001	1. Mengkaji kemampuan batuk pasien 2. Mengatur posisi pasien ke semi fowler 3. Menjelaskan tujuan dari prosedur latihan batuk efektif 4. Mengajarkan dan memandu pasien untuk latihan batuk efektif 5. Meminta pasien untuk mengulangi kembali cara batuk efektif 6. Menganjurkan pasien dan keluarganya untuk membuang produksi sekret ke kamar mandi atau tempat sampah	1. Pasien nampak tidak mampu melakukan batuk efektif 2. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman 3. Pasien mengatakan mengerti tujuan dari prosedur latihan batuk efektif 4. Pasien memahami dan mengerti cara batuk efektif yang baik dan benar 5. Pasien dapat mempraktekkan batuk efektif secara mandiri 6. Pasien memahami dan mengerti cara membuang sekret yang baik dan benar	



Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
	D.0017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Mengkaji adanya tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3. Memantau MAP dari tekanan darah pasien</li> <li>4. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>5. Memantau suhu tubuh pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dalam kondisi <i>post</i> operasi kraniotomi</li> <li>2. Belum ada tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3. MAP = 107</li> <li>4. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan posisi semi fowler</li> <li>5. Pasien mengatakan tidak merasa demam. Hasil pengukuran suhu = 36,6°C</li> </ol>	
	D.0142	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan pasien dan keluarganya untuk membatasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</li> <li>3. Menjelaskan kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Mengajarkan pasien dan keluarganya cara mencuci tangan yang baik dan benar (6 langkah)</li> <li>5. Meminta pasien dan keluarga mengulangi kembali cara mencuci tangan 6 langkah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien memahami dan mengerti tujuan membatasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Pasien merasa lebih aman dan nyaman ketika melihat perawat mencuci tangan sebelum menyentuh pasien</li> <li>3. Pasien dan keluarganya memahami dan menegrti tentang tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Pasien dan keluarganya dapat mengikuti cara mencuci tangan 6 langkah bersama perawat</li> <li>5. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan kembali cara mencuci tangan 6 langkah secara mandiri</li> </ol>	
	D.0012	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemantauan tanda dan gejala perdarahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat tanda dan gejala perdarahan berupa terpasang drain dengan produksi <math>\pm 5</math> cc, pasien mengeluh nyeri pada area kepala</li> </ol>	


Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		2. Memastikan pasien <i>bed rest</i> selama terjadi perdarahan 3. Meminimalisir tindakan invasif 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala perdarahan 5. Mengajarkan meningkatkan asupan makanan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K 6. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi tranexamid acid 500 mg (IV)</li> </ul>	2. Pasien dan keluarga memahami untuk <i>bed rest</i> dan membatasi aktifitas 3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman 4. Pasien dan keluarganya mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 5. Pasien memahami dan mengerti untuk meningkatkan asupan makan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K 6. Pasien mengatakan tingkat perdarahan sedikit berkurang setelah diberikan obat injeksi	
2 Agustus 2024/09.00	D.0077	1. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital 2. Menyanyakan keluhan, respon, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri 4. Memandu teknik relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR kepada pasien dan keluarganya 5. Meminta keluarga pasien dan pasien untuk mengulang kembali	1. Hasil pengukuran tanda-tanda vital TD : <del>140</del> <sub>80</sub> mmHg N : 106x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C SpO <sub>2</sub> : 98% <i>room air</i> 2. Keluhan nyeri (+), tampak meringis (+) Hasil pengkajian nyeri P : luka operasi Q : diiris-iris R : kepala S : 3	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		<p>cara melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR</p> <p>6. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi ketorolac 30 mg (IV)</li> </ul>	<p>T : hilang timbul</p> <p>3. Pasien nampak meringis ketika bergerak dan bersikap protektif</p> <p>4. Pasien dapat mengikuti dan melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR</p> <p>5. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri</p> <p>6. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat injeksi</p>	
	D.0001	<p>1. Mengkaji kemampuan batuk pasien</p> <p>2. Mengatur posisi pasien ke semi fowler</p> <p>3. Memandu pasien untuk latihan batuk efektif</p> <p>4. Meminta pasien untuk mengulangi kembali cara batuk efektif</p> <p>5. Menganjurkan pasien dan keluarganya untuk membuang produksi sekret ke kamar mandi atau tempat sampah</p>	<p>1. Pasien nampak mampu melakukan batuk efektif dengan bantuan panduan perawat</p> <p>2. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman</p> <p>3. Pasien memahami dan mengerti cara batuk efektif yang baik dan benar</p> <p>4. Pasien dapat mempraktekkan batuk efektif secara mandiri</p> <p>5. Pasien memahami dan mengerti cara membuang sekret yang baik dan benar</p>	
	D.0017	<p>1. Mengkaji adanya tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>2. Memantau MAP dari tekanan darah pasien</p>	<p>1. Belum ada tanda/gejala peningkatan TIK</p> <p>2. MAP = 100</p> <p>3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan posisi semi fowler</p>	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		3. Memberikan posisi semi fowler 4. Memantau suhu tubuh pasien	4. Pasien mengatakan tidak merasa demam. Hasil pengukuran suhu = 36,5°C	
	D.0012	1. Melakukan pemantauan tanda dan gejala perdarahan 2. Memastikan pasien <i>bed rest</i> selama terjadi perdarahan 3. Meminimalisir tindakan invasif 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala perdarahan 5. Mengajarkan meningkatkan asupan makanan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K 6. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi tranexamid acid 500 mg (IV)</li> </ul>	1. Terdapat tanda dan gejala perdarahan berupa terpasang drain dengan produksi $\pm 2$ cc, pasien mengeluh nyeri pada area kepala 2. Pasien dan keluarga memahami untuk <i>bed rest</i> dan membatasi aktifitas 3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman 4. Pasien dan keluarganya mengerti tentang tanda dan gejala infeksi 5. Pasien memahami dan mengerti untuk meningkatkan asupan makan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K 6. Pasien mengatakan tingkat perdarahan sedikit berkurang setelah diberikan obat injeksi	
	D.0142	1. Melakukan pengkajian tanda dan gejala infeksi 2. Mengajarkan dan mengingatkan pasien dan keluarganya untuk membatasi jumlah pengunjung 3. Selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien	1. Belum nampak adanya tanda dan gejala infeksi pada luka bekas operasi pasien 2. Pasien memahami dan mengerti tujuan membatasi jumlah pengunjung 3. Pasien merasa lebih aman dan nyaman ketika melihat perawat mencuci tangan sebelum menyentuh pasien	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		4. Menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala infeksi 5. Memandu pasien dan keluarganya cara mencuci tangan yang baik dan benar (6 langkah) 6. Meminta pasien dan keluarga mengulangi kembali cara mencuci tangan 6 langkah	4. Pasien dan keluarganya memahami dan menegrti tentang tanda dan gejala infeksi 5. Pasien dan keluarganya dapat mengikuti cara mencuci tangan 6 langkah bersama perawat 6. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan kembali cara mencuci tangan 6 langkah secara mandiri	
3 Agustus 2024/ 09.00	D.0007	1. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital 2. Menyanyakan keluhan, respon, dan skala nyeri yang dirasakan pasien 3. Mengamati ekspresi pasien terhadap nyeri 4. Memandu teknik relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR kepada pasien dan keluarganya 5. Meminta keluarga pasien dan pasien untuk mengulang kembali cara melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR 6. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter):	1. Hasil pengukuran tanda-tanda vital TD : <del>120</del> <sub>70</sub> mmHg N : 97x/menit RR : 20x/menit S : 36,7°C SpO <sub>2</sub> : 99% <i>room air</i> 2. Keluhan nyeri (+), tampak meringis (+) tetapi sudah berkurang Hasil pengkajian nyeri P : luka operasi Q : diiris-iris R : kepala S : 1 T : hilang timbul 3. Pasien nampak meringis ketika bergerak dan bersikap protektif	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi ketorolac 30 mg (IV)</li> </ul> 7. Aff drain	4. Pasien dapat mengikuti dan melakukan relaksasi <i>foot massage</i> dan MBSR 5. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan teknik relaksasi secara mandiri 6. Pasien merasa nyerinya berkurang setelah diberi obat 7. Pasien merasa lebih nyaman saat drain dilepas, produksi drain $\pm 0,5$ cc	
	D.0001	1. Mengkaji kemampuan batuk pasien 2. Mengatur posisi pasien ke semi fowler 3. Meminta pasien untuk mengulangi kembali cara batuk efektif 4. Menganjurkan pasien dan keluarganya untuk membuang produksi sekret ke kamar mandi atau tempat sampah	1. Pasien mengatakan mampu melakukan batuk efektif dengan mandiri 2. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman 3. Pasien dapat mempraktekkan batuk efektif secara mandiri 4. Pasien memahami dan mengerti cara membuang sekret yang baik dan benar	
	D.0017	1. Mengkaji adanya tanda/gejala peningkatan TIK 2. Memantau MAP dari tekanan darah pasien 3. Memberikan posisi semi fowler 4. Memantau suhu tubuh pasien	1. Belum ada tanda/gejala peningkatan TIK 2. MAP = 100 3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan posisi semi fowler 4. Pasien mengatakan tidak merasa demam. Hasil pengukuran suhu = $36,5^{\circ}\text{C}$	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
	D.0012	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemantauan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>2. Memastikan pasien <i>bed rest</i> selama terjadi perdarahan</li> <li>3. Meminimalisir tindakan invasif</li> <li>4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala perdarahan</li> <li>5. Mengajarkan meningkatkan asupan makanan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K</li> <li>6. Memberikan terapi farmakologis sesuai dengan hasil kolaborasi dengan tim medis (dokter): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injeksi tranexamid acid 500 mg (IV)</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat tanda dan gejala perdarahan berupa terpasang drain dengan produksi <math>\pm 2</math> cc, pasien mengeluh nyeri pada area kepala</li> <li>2. Pasien dan keluarga memahami untuk <i>bed rest</i> dan membatasi aktifitas</li> <li>3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman</li> <li>4. Pasien dan keluarganya mengerti tentang tanda dan gejala infeksi</li> <li>5. Pasien memahami dan mengerti untuk meningkatkan asupan makan secara bertahap dan mengonsumsi vitamin K</li> <li>6. Pasien mengatakan tingkat perdarahan sedikit berkurang setelah diberikan obat injeksi</li> </ol>	
	D.0142	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mengajarkan dan mengingatkan pasien dan keluarganya untuk membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Selalu melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum nampak adanya tanda dan gejala infeksi pada luka bekas operasi pasien</li> <li>2. Pasien memahami dan mengerti tujuan membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Pasien merasa lebih aman dan nyaman ketika melihat perawat mencuci tangan sebelum menyentuh pasien</li> <li>4. Pasien dan keluarganya memahami dan menegrti tentang tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	

Tanggal/Jam	No. Dx. Kep.	Tindakan Keperawatan	Respon Pasien	Paraf
		4. Menjelaskan kembali kepada pasien dan keluarganya tentang tanda dan gejala infeksi	5. Pasien dan keluarganya dapat mengikuti cara mencuci tangan 6 langkah bersama perawat	
		5. Memandu pasien dan keluarganya cara mencuci tangan yang baik dan benar (6 langkah)	6. Pasien dan keluarganya dapat mempraktikkan kembali cara mencuci tangan 6 langkah secara mandiri	
		6. Meminta pasien dan keluarga mengulangi kembali cara mencuci tangan 6 langkah		

#### 4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi/tindakan keperawatan, maka akan dilakukan dokumentasi pada catatan perkembangan evaluasi formatif.

Berikut adalah evaluasi formatif dari implementasi/tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. B.

##### 4.5.1 Evaluasi Formatif

*Tabel 4. 7 Evaluasi keperawatan formatif pasien*

No. Dx.	Tanggal		
	1 Agustus 2024	2 Agustus 2024	3 Agustus 2024
D.0077	S: Pasien mengatakan nyeri P : luka operasi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang P : luka operasi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang P : luka operasi

No. Dx.	Tanggal		
	1 Agustus 2024	2 Agustus 2024	3 Agustus 2024
	<p>Q : diiris-iris R : kepala S : 5 T : terus menerus</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengeluh nyeri</li> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif</li> <li>• Porsi makan tidak habis</li> <li>• TD : <math>\frac{150}{85}</math>mmHg</li> <li>• N : 126x/menit</li> <li>• RR : 24x/menit</li> <li>• S : 36,6°C</li> <li>• SpO<sub>2</sub> : 97% <i>room air</i></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p>	<p>Q : diiris-iris R : kepala S : 3 T : hilang timbul</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi keluhan nyeri berkurang</li> <li>• Tampak meringis</li> <li>• Bersikap protektif</li> <li>• Porsi makan tidak habis</li> <li>• TD : <math>\frac{140}{80}</math>mmHg</li> <li>• N : 106x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• S : 36,5°C</li> <li>• SpO<sub>2</sub> : 98% <i>room air</i></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p>	<p>Q : diiris-iris R : kepala S : 1 T : hilang timbul</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalisasi keluhan nyeri berkurang</li> <li>• Tampak meringis berkurang</li> <li>• Bersikap protektif berkurang</li> <li>• Porsi makan habis</li> <li>• TD : <math>\frac{120}{70}</math>mmHg</li> <li>• N : 97x/menit</li> <li>• RR : 20x/menit</li> <li>• S : 36,7°C</li> <li>• SpO<sub>2</sub> : 99% <i>room air</i></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan nyeri akut teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>
D.0001	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan batuk</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan batuk berkurang</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan sudah tidak batuk</p>

No. Dx.	Tanggal		
	1 Agustus 2024	2 Agustus 2024	3 Agustus 2024
	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk tidak efektif</li> <li>• Suara auskultasi paru ronkhi</li> <li>• Produksi putum 6 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk efektif meningkat</li> <li>• Suara auskultasi paru ronkhi berkurang</li> <li>• Produksi sputum 5 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p>	<p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk efektif meningkat</li> <li>• Tidak ada suara tambahan saat auskultasi paru</li> <li>• Produksi sputum 3 cc</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan.</p>
D.0017	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum cukup</li> <li>• Kesadaran <i>compos mentis</i></li> <li>• GCS 4/5/6</li> <li>• Hasil MAP = 107</li> <li>• Suhu tubuh = 36,6°C</li> </ul> <p><b>A:</b></p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum baik</li> <li>• Kesadaran <i>compos mentis</i></li> <li>• GCS 4/5/6</li> <li>• Hasil MAP = 100</li> <li>• Suhu tubuh = 36,5°C</li> </ul> <p><b>A:</b></p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum baik</li> <li>• Kesadaran <i>compos mentis</i></li> <li>• GCS 4/5/6</li> <li>• Hasil MAP = 87</li> <li>• Suhu tubuh = 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b></p>

No. Dx.	Tanggal		
	1 Agustus 2024	2 Agustus 2024	3 Agustus 2024
	Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi	Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian	Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi
	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Hentikan intervensi
D.0012	<b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi	<b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi	<b>S:</b> Pasien mengatakan nyeri kepala <i>post</i> operasi kraniotomi
	<b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang selang drain dengan produksi <math>\pm</math> 5 cc warna merah</li> </ul>	<b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang selang drain dengan produksi <math>\pm</math> 2 cc warna merah</li> </ul>	<b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selang drain sudah di lepas. Produksi drain <math>\pm</math> 0,5 cc warna merah</li> </ul>
	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko perdarahan belum teratasi	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko perdarahan teratasi sebagian	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko perdarahan teratasi
	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi
D.0142	<b>S:</b> Pasien mengatakan terdapat luka operasi di kepala	<b>S:</b> Pasien mengatakan terdapat luka operasi di kepala	<b>S:</b> Pasien mengatakan terdapat luka operasi di kepala
	<b>O:</b>	<b>O:</b>	<b>O:</b>

No. Dx.	Tanggal		
	1 Agustus 2024	2 Agustus 2024	3 Agustus 2024
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang drain pada luka operasi di kepala</li> <li>• Tampak balutan luka operasi di kepala</li> <li>• Tidak terdapat rubor, dolor, tumor, dan calor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpasang drain pada luka operasi di kepala</li> <li>• Tampak balutan luka operasi di kepala</li> <li>• Tidak terdapat rubor, dolor, tumor, dan calor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drain pada luka operasi di kepala sudah dilepas</li> <li>• Area sekitar luka bersih</li> <li>• Tampak balutan luka operasi di kepala</li> <li>• Tidak terdapat rubor, dolor, tumor, dan calor</li> </ul>
	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko infeksi Teratasi sebagian	<b>A:</b> Masalah keperawatan risiko infeksi teratasi
	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Lanjutkan intervensi	<b>P:</b> Intervensi dihentikan.

#### 4.5.2 Evaluasi Sumatif

Berdasarkan dari data hasil pengkajian keperawatan pada pasien laki-laki berusia 63 tahun dengan diagnosa medis post operasi kraniotomi dengan indikasi SDH, pasien datang dari IGD dengan SDH pro operasi kraniotomi. Operasi dilakukan dan selesai pada 1 Agustus 2024 pada pukul 14.00 WIB. Pada saat pengkajian post operasi didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kepala di area operasi. Pasien mengeluhkan nyeri terasa seperti diiris-iris di area bekas insisi (kepala) dengan skala nyeri NRS 5 dengan intensitas *intermitten* atau terus-menerus.. pasien nampak meringis dan bersikap protektif untuk menghindari nyeri. Saat dilakukan pengecekan tanda-tanda vital didapatkan hasil berupa tekanan darah  $150/85$  mmHg, frekuensi nadi 126x/menit, frekuensi napas 24x/menit, suhu  $36,6^{\circ}\text{C}$ , dan saturasi oksigen 97% *room air*. Pasien terpasang drain dengan produksi  $\pm 5$  cc dan terdapat luka balutan post operasi di kepala.

Pada tanggal 1 Agustus 2024, penulis merumuskan diagnosa keperawatan nyeri akut sebagai diagnosa keperawatan utama. Dari hasil pengkajian, beberapa diagnosa keperawatan lain juga ditemukan dan didapatkan hasil pada diagnosa kedua: pasien mengeluh batuk, nampak pasien tidak mampu batuk efektif dan tidak mampu mengeuarkan sputum secara optimal (suara ronkhi pada lobus superior paru-paru). Sedangkan diagnosa ketiga: luka operasi pasien tertutup oleh balutan luka berupa kasa dan *hepafix*, terpasang drain di

kepala. dari penemuan diagnosa 1, 2, 3, masalah keperawatan masih belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Setelah dilakukan pengkajian keperawatan, didapatkan nyeri akut b.d. agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d. mengeluh nyeri, frekuensi nadi di atas nilai normal, nafsu makan berubah, tampak meringis, bersikap protektif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, tingkat nyeri menurun yang semula berada di skala 3 dengan NRS menurun menjadi skala 1. Selain tingkat nyeri menurun, intensitas nyeri juga berkurang yang awalnya nyeri terasa dengan intensitas terus menerus atau *intermitten* menurun menjadi hilang timbul. Data hasil pengkajian setelah intervensi dan kondisi pasien sudah membaik sehingga masalah keperawatan nyeri akut pada pasien teratasi. Pasien diperbolehkan KRS (keluar rumah sakit) pada 3 Agustus 2024. Pasien mendapatkan edukasi untuk kontrol rawat jalan pada tanggal 9 Agustus 2024 di poli bedah saraf RST dr. Soepraoen Malang.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam didapatkan bahwa bersihan jalan napas pada pasien telah meningkat. Pasien mengalami batuk-batuk karena efek dari pemasangan selang ETT pada saat proses anestesi operasi kraniotomi pada 1 Agustus 2024. Pada tanggal 3 Agustus 2024, keluhan batuk berkurang, sputum berkurang, pasien mampu melakukan teknik batuk efektif secara mandiri. Saat KRS pada 3 Agustus 2024 pasien diberikan edukasi untuk disarankan agar melakukan teknik batuk efektif jika merasa

batuk berulang atau merasa terjadi penumpukan sputum dan mengurangi aktivitas merokok.

Pada masalah keperawatan risiko infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, didapatkan hasil bahwa tingkat infeksi menurun. Setelah menjalani operasi kraniotomi pada 1 Agustus 2024, pasien terpasang drain dan terpasang balutan luka berupa kasa dan *hepafix*. Pada tanggal 3 Agustus 2024 drain sudah di lepas dan dilakukan tindakan rawat luka. Hasil luka nampak baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kalor, rubor, dolor, dan tumor. Pasien diperbolehkan pulang (KRS) pada 3 Agustus 2024. Pasien diberikan edukasi untuk kontrol rawat jalan pada 9 Agustus 2024 di poli bedah saraf RST Tk. II dr. Soepraoen Malang.

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1 Pengkajian Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan hasil bahwa Tn. B berusia 63 tahun dengan keluhan utama atau alasan utama masuk rumah sakit adalah karena mengeluh nyeri kepala. Hasil pemeriksaan fisik post operasi kraniotomi didapatkan keadaan umum cukup, kesadaran compos mentis, GCS 4/5/6, hasil pengkajian nyeri P: luka operasi; Q: diiris-iris; R: kepala; S: 5; T: sering, terpasang drain dengan produksi  $\pm 5$  cc. Sebelum dilakukan operasi kraniotomi, didapati hasil pemeriksaan penunjang CT Scan kepala tanpa kontras terdapat EDH regio frontal kanan estimasi volume  $\pm 0,5$  cc, SDH pada tentorium cerebelli kanan dengan ketebalan 5 mm sebanyak 3 slice potongan 10 mm.

Subdural hematoma adalah penimbunan darah di dalam rongga subdural dengan tanda dan gejala umum seperti nyeri kepala (Pradana & Setyawati, 2022). Nyeri kepala pada pasien dengan subdural hematoma dapat disebabkan oleh tekanan darah yang menekan jaringan otak. Tekanan ini dapat terjadi karena perdarahan yang mengisi area otak dengan cepat (Yamada et al., 2018). Gejala dari subdural hematoma (SDH) sangat bergantung pada derajat perdarahannya (Pardian, 2024).

Insiden perdarahan subdural akut mencapai 12–30% dari pasien yang masuk dengan cedera kepala berat dan terjadi terutama pada usia dewasa muda dibawah 45 tahun dengan penyebab tersering adalah kecelakaan lalu lintas.

Perdarahan subdural akut merupakan cedera paling mematikan dari semua tipe cedera kepala. Terdapat berbagai cara penilaian prognosis pada pasien cedera kepala, diantaranya adalah dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) (Apriawanti et al., 2019).

*Glasgow Coma Scale* atau GCS adalah metode yang digunakan untuk mengevaluasi tingkat kesadaran dan sering kali digunakan untuk menilai fungsi neurologis pasien, salah satunya pada kasus yang terkait dengan keparahan cedera kepala (Apriawanti et al., 2019). Cedera kepala ringan adalah trauma kepala dengan GCS > 15 (sadar penuh) tidak kehilangan kesadaran, mengeluh pusing dan nyeri kepala, hematoma, laserasi dan abrasi. Cedera kepala ringan adalah cedera kepala karena tekanan atau terkena benda tumpul. Cedera kepala sedang didapati *Glasgow Coma Scale* 9-12. Sedangkan cedera kepala berat didapati *Glasgow Coma Scale* < 9 dalam 48 jam rawat inap di rumah sakit (Alam, 2020).

Salah satu penatalaksanaan pada pasien dengan SDH adalah bedah kraniotomi dengan pembuatan lubang di *cranium* untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial. Nyeri pasca operasi (*acute postcraniotomy pain*) kraniotom adalah bentuk nyeri akut yang dimulai dengan trauma bedah dan berakhir dengan penyembuhan jaringan. Nyeri memburuk dalam beberapa hari pertama pasca operasi (A'la et al., 2019). Sekitar 60% pasien mengalami nyeri sedang hingga berat. Sebagai akibat dari terapi analgesik yang tidak memadai, pasien terus menahan nyeri (sering kali parah) terutama pada jam pertama pascaoperasi yang dapat berlanjut hingga hari pertama atau kedua pascaoperasi (Haldar et al., 2015).

Nyeri pasca kraniotomi biasanya berdenyut atau berdenyut seperti sakit kepala tegang. Terkadang nyeri dapat berlangsung terus-menerus dan terus-menerus. Nyeri merupakan konsekuensi dari sayatan bedah dan refleksi otot perikranial dan jaringan lunak kulit kepala sehingga memiliki asal somatik. Operasi dasar tengkorak yang menggunakan pendekatan ini menghasilkan tingkat nyeri pascaoperasi yang lebih tinggi (Pratama et al., 2020)

Menurut asumsi peneliti, data fokus dari hasil pengkajian pada Tn.B dengan post operasi tindakan kraniotomi mengalami gejala nyeri akut akibat trauma bedah pada area kepala sehingga menimbulkan masalah keperawatan utama nyeri akut.

## **5.2 Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan dari hasil pengkajian dan anamnesis yang dilakukan pada pasien Tn. B, didapatkan masalah keperawatan nyeri akut. Masalah keperawatan nyeri akut yang muncul berhubungan dengan agen pencedera fisik (efek prosedur operasi kraniotomi) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah  $150/85$ mmHg, porsi makan tidak habis, dan terpasang drain dengan produksi drain  $\pm 5$  cc.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Indikator diagnostik berdasarkan penyebab yaitu adanya agen pencedera

fisik dan tanda gejala pada pasien berupa data mayor dan minor yang muncul (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Nyeri yang terus-menerus dapat memicu sensitisasi sistem saraf pusat. Akibatnya, nyeri dapat menjadi lebih parah dan bahkan berkembang menjadi nyeri kronis yang sulit diatasi. Tidak hanya itu, nyeri yang tak terkontrol juga dapat memperlambat pemulihan pasca operasi. Pasien mungkin dapat merasa kesulitan untuk bergerak. Selain itu, nyeri dapat membuat pasien sulit tidur atau sering terbangun di malam hari. Kurang tidur dapat memperburuk kondisi nyeri yang dirasakan. Nyeri yang tidak terkontrol dapat meningkatkan risiko komplikasi pasca operasi seperti infeksi, pneumonia, atau masalah pernapasan lainnya bisa saja terjadi jika pasien tidak dapat bergerak dan bernapas dengan baik akibat nyeri. Komplikasi ini tentu dapat memperpanjang masa rawat inap yang berakibat pada meningkatnya risiko infeksi nosokomial dan meningkatkan biaya pengobatan (Jang et al., 2022).

Terjadinya nyeri juga dapat diakibatkan oleh penurunan kapasitas adaptif intrakranial. Hal ini terjadi karena terdapat penekanan pada susunan saraf pusat (SSP). Penekanan pada saraf pusat ini dapat menyebabkan penekanan sistem pada kardiovaskuler sehingga terjadi penurunan *cardiac output* (COP). Suplai darah menjadi berkurang yang kemudian terjadi penurunan aliran darah sehingga menimbulkan perubahan tekanan intrakranial yang dapat menyebabkan nyeri (Khoirunnisa, 2022)

Menurut penulis, diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien sesuai dengan teori dan kondisi secara nyata dengan data mayor dan data minor yang muncul. Masalah keperawatan nyeri akut menjadi prioritas

masalah keperawatan utama yang harus segera ditangani agar mencegah timbulnya komplikasi. Hasil penelitian yang ditemukan, muncul masalah keperawatan nyeri akut pada pasien dengan cedera kepala. Penatalaksanaan yang dapat dilakukan adalah memberikan intervensi nono farmakologis untuk membantuk mengurangi intensitas nyeri.

### 5.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan utama yang muncul yaitu nyeri akut. Berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan berhubungan dengan agen pencedera fisik yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah  $150/85$ mmHg, porsi makan tidak habis, dan terpasang drain dengan produksi drain  $\pm 5$  cc, intervensi keperawatan yang diberikan adalah manajemen nyeri (I.08238) diataranya yaitu:

1. Observasi: Melakukan pengkajian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri, skala nyeri; mengamtai respon nyeri non verbal pasien
2. Terapeutik: memberikan teknik relaksasi *foot massage* selama 20 menit dan MBSR selama 15 menit yang dilakukan sebanyak 1x/hari dengan intervensi selama 3 hari
3. Edukasi: mengajarkan latihan *foot massage* dan MBSR
4. Kolaborasi: berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik

Penatalaksanaan berdasarkan *evidence based* digunakan dalam manajemen nyeri seperti memberikan terapi *foot massage* dan MBSR sebagai penatalaksanaan non farmakologis untuk mengurangi intensitas nyeri.

*Foot massage therapy* adalah suatu teknik yang dapat meningkatkan pergerakan beberapa struktur dari kedua otot dan jaringan subkutan, dengan menerapkan kekuatan mekanik ke jaringan. Pergerakan ini dapat meningkatkan aliran getah bening dan aliran balik vena, mengurangi pembengkakan dan memobilisasi serat otot, tendon dengan kulit. Dengan demikian, *massage therapy* dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi otot untuk mengurangi rasa sakit dan mempercepat pemulihan pasien. *Foot massage* dapat memberikan efek untuk mengurangi rasa nyeri karena pijatan yang diberikan menghasilkan stimulus yang lebih cepat sampai ke otak dibandingkan dengan rasa sakit yang dirasakan, sehingga meningkatkan sekresi serotonin dan dopamin. Sedangkan efek pijatan merangsang pengeluaran endorfin, sehingga membuat tubuh terasa rileks karena aktifitas saraf simpatis menurun (Awanis, 2021). *Foot Massage* menggunakan metode pengontrolan nyeri dengan menerapkan pijatan yang memberikan kenyamanan, mengubah respon psikologi untuk mengurangi persepsi nyeri (Nuraini et al., 2024).

Sedangkan *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) adalah sebuah metode yang diciptakan untuk melatih seorang individu agar menjadi sadar pada status pikiran dan status emosi individu tersebut pada saat itu. Program ini mengajarkan para pasien untuk memfokuskan perhatiannya (Sella, 2019). *Mindfulness-based stress reductions* merupakan suatu bentuk meditasi

dengan mengatur perhatian dan energi secara sistematis serta bermanfaat untuk mengatasi stress seseorang, termasuk dalam menurunkan tingkat nyeri (Hidayati, 2019)

Setelah pemaparan di atas penulis berpendapat bahwa dengan memilih teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR adalah intervensi yang efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien post operasi kraniotomi dengan diagnosa medis SDH. Kedua intervensi tersebut mampu dilakukan pasien di rumah dan tidak memerlukan biaya jika perlu melakukan intervensi *foot massage* dan MBSR kembali ketika nyeri kembali muncul.

#### **5.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori perilaku keperawatan dimana tindakan diperlukan untuk mencapai hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan. Implementasi mencakup melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari. Implementasi yang dilakukan dalam karya ilmiah ini berlangsung selama 3 hari pada Tn. B dimulai pada 1 Agustus 2024-3 Agustus 2024.

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi manajemen nyeri (I.08238) yang berfokus pada pemberian terapi non-farmakologis yaitu relaksasi *foot massage* dan MBSR. Relaksasi *foot massage* dilakukan 1 kali sehari dengan durasi  $\pm 20$  menit ( $\pm 10$  menit di setiap kaki), sedangkan MBSR dilakukan 1 kali sehari dengan durasi  $\pm 15$  menit.

Pada implementasi hari pertama didapatkan respon pasien masih mengeluh nyeri dengan hasil pengkajian nyeri P : nyeri akibat luka operasi, Q : seperti diiris-iris, R : kepala, S : 5, T : terus-menerus. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif terutama ketika pindah posisi, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah  $150/85$ mmHg, porsi makan yang diberikan RS tidak habis.

Pada implementasi hari kedua didapatkan respon pasien mengeluh nyeri berkurang dengan hasil pengkajian nyeri P : nyeri akibat luka operasi, Q : diiris-iris, R : kepala, S : 3, T : hilang timbul. Pasien masih tampak meringis dan bersikap protektif, porsi makan yang diberikan RS tidak habis, frekuensi nadi 106x/menit, tekanan darah  $140/80$ mmHg.

Pada implementasi hari ketiga didapatkan respon pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang dengan hasil pengkajian nyeri P : nyeri akibat luka operasi, Q : diiris-iris, R : kepala, S : 1, T : hilang timbul. Tampak meringis dan bersikap protektif berkurang, porsi makan habis, frekuensi nadi 97x/menit, tekanan darah  $120/70$ mmHg.

Penerapan terapi *foot massage* yang dilakukan selama 3 hari dengan frekuensi 1 kali sehari berdurasi 20 menit efektif dalam mengurangi intensitas nyeri (Ayu Rahayu S. Paneo et al., 2024). *Foot massage* bertujuan memberikan efek relaksasi pada otot – otot yang kaku sehingga terjadi vasodilatasi dan menyebabkan nyeri kepala menurun (Winantuningtyas & Ismoyowati, 2023). *Foot massage* mengaktifkan aktifitas parasimpatik kemudian memberikan sinyal neurotransmitter ke otak, organ dalam tubuh, dan bioelektrik ke seluruh tubuh. Sinyal yang di kirim ke otak akan mengelirkan gelombang alfa yang ada

di dalam otak. Impuls saraf yang dihasilkan saat melakukan *foot massage* diteruskan menuju hipotalamus untuk menghasilkan *Corticotropin Releasing Factor* (CRF). CRF merangsang kelenjar pituitary untuk meningkatkan produksi *Proopioidmelanocortin* (POMC) sehingga medulla adrenal memproduksi endorfin. Endorfin yang disekresikan ke dalam peredaran darah dapat memberikan efek analgetik alami terhadap jaringan yang mengalami peradangan (Awanis, 2021).

Sedangkan intervensi *mindfulness* dalam perawatan pasien dengan nyeri kepala menunjukkan bahwa pasien dengan sakit kepala berlebihan yang melakukan terapi kombinasi *mindfulness* dan penggunaan terapi standar selama 90 menit/minggu didapatkan hasil nyeri kepala berkurang sebesar > 50% (Grazzi et al., 2022). Pengaruh latihan relaksasi *mindfulness* terhadap kondisi fisiologi dan psikologis pasien nyeri kepala disebabkan oleh kendali sistem parasimpatis. Sistem parasimpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom yang memegang peranan dalam respon relaksasi. Saat sistem parasimpatis aktif, terjadi penurunan stress (penurunan kortisol) yang mengaktivasi pusat kenyamanan di otak (hipotalamus) (H. N. Aini et al., 2023). Penurunan hormon kortisol menyebabkan metabolisme tubuh menjadi lebih lambat, terjadinya vasodilatasi pada pembuluh darah, menyebabkan tekanan darah menurun. Semua itu terjadi karena penurunan kortisol mempengaruhi reseptor nyeri, impuls nyeri berkurang sehingga rasa nyeri yang dipersepsikan berkurang dan pasien menjadi lebih tenang.

Penulis berasumsi implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi yang direncanakan yaitu intervensi relaksasi *foot massage* dengan

kombinasi MBSR efektif dilakukan pada pasien post operasi kraniotomi dengan diagnosa medis SDH. Setelah pasien melakukan teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR selama 3 hari berturut-turut, didapatkan keluhan nyeri akut berkurang.

### **5.5 Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan dari data yang telah dipaparkan, setelah dilakukan implemetasi keperawatan pada pasien post operasi kraniotomi dengan diagnosa medis SDH selama 3x24 jam, pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang ke skala 1 (NRS) yang awalnya berada di skala 5 (NRS). Keluarga pasien mampu melakukan dan memberikan teknik relaksasi *foot massage* dan pasien mampu melakukan teknik relaksasi MBSR secara mandiri.

Penulis berpendapat berdasarkan hasil observasi dan analisis hasil intervensi, dapat disimpulkan bahwa pemberian teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR berhasil memperbaiki kondisi nyeri kepala pasien post operasi kraniotomi. Penerapan *foot massage* dan MBSR tidak dapat dilakukan secara terpisah atau tidak dapat dilakukan sendiri dan membutuhkan perhatian medis dengan pengobatan farmakologis untuk mengatasi masalah tersebut secara komprehensif. Berdasarkan hasil dari evaluasi keperawatan, tujuan dan kriteria hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan adalah keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, dan nafsu makan membaik.

## 5.6 Keterbatasan Penelitian

Studi kasus ini telah dibuat dengan pedoman yang ada namun memiliki beberapa hal yang mungkin perlu untuk ditindak lanjuti yaitu pemberian edukasi *foot massage* dan MBSR dimulai peneliti pada hari yang sama dengan operasi (setelah operasi) dimana pasien masih secara psikologi berada pada pengaruh anestesi. Skala nyeri yang digunakan dalam penelitian ini tidak sesuai dengan skala nyeri yang digunakan di Rumah Sakit TK. II Dr. Soepraoen Malang yaitu *Visual Analogue Scale* (VAS) sedangkan peneliti menggunakan *Numeric Rating Scale* (NRS) dan pengukuran hanya dilakukan sesuai shift peneliti.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil karya ilmiah akhir ners yang berjudul “Asuhan Keperawatan Nyeri Akut dengan Intervensi *Foot Massage* dan *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) pada Pasien Perioperatif dengan Diagnosa SDH di Ruang Teratai RST dr. Soepraoen Malang”, penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien didapatkan data focus yaitu pasien mengeluh nyeri pada kepala di area bekas operasi kraniotomi, pasien tampak meringis dan bersikap protektif terutama ketika pindah posisi, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah  $150/85$ mmHg, porsi makan yang diberikan RS tidak habis.
2. Diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (efek prosedur operasi kraniotomi) yang ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif menghindari nyeri, frekuensi nadi 126x/menit, porsi makan tidak habis.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan adalah manajemen nyeri dengan intervensi teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR.
4. Implementasi keperawatan pada pasien dilaksanakan selama 3 hari untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut berupa pemberian teknik relaksasi *foot massage* dan MBSR. Pemberian teknik relaksasi tersebut

berdampak pada penurunan tingkat nyeri pasien. Pada hari pertama (1 Agustus 2024) pasien tampak meringis dan bersikap protektif terutama ketika pindah posisi, frekuensi nadi 126x/menit, tekanan darah  $150/85$ mmHg, porsi makan yang diberikan RS tidak habis. Pada hari ketiga (3 Agustus 2024), tampak meringis dan bersikap protektif pada pasien berkurang, porsi makan dari RS habis, frekuensi nadi 97x/menit, tekanan darah  $120/70$ mmHg.

5. Evaluasi keperawatan dilaksanakan selama 3 hari pada pasien menunjukkan pada hari ke-3 masalah nyeri akut teratasi dengan tujuan dan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, dan nafsu makan membaik.

## 6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan beberapa saran:

1. Bagi responden

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan informasi dan pengetahuan dalam mengurangi masalah nyeri post operasi kraniotomi dengan diagnosa awal SDH dari segi non farmakologis dan dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien di rumah.

2. Bagi perawat

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan perawat dalam pemberian asuhan keperawatan di ruangan pada pasien post operasi kraniotomi dengan memberikan edukasi terapi non

farmakologis mengenai *foot massage* dan MBSR untuk mengurangi nyeri kepala.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi peneliti selanjutnya dan dapat dikembangkan dengan terapi lainnya pada pasien post operasi kraniotomi dalam mengurangi nyeri kepala

## DAFTAR PUSTAKA

- A'la, M. Z., Dewi, D. P., & Siswoyo, S. (2019). Analisis Masalah Keperawatan pada Pasien Post Kraniotomi di RSD Dr. Soebandi Jember (Studi Retrospektif Januari 2016 – Desember 2017). *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 6(3), 677. <https://doi.org/10.35842/jkry.v6i3.371>
- Aini, F. N. (2023). Pengaruh Foot Massage terhadap Tingkat Kecemasan pada Penderita Hipertensi. *VIII(I)*, 1–19.
- Aini, H. N., Hakim, J. S., & Revita, N. C. T. (2023). Efektivitas Progressive Muscle Relaxation dan Mindfulness sebagai Manajemen Nyeri Kepala. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(2), 1686–1694. <https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.5633>
- Alam, Y. P. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Cedera Otak Sedang dengan Masalah Nyeri Akut*. Insan Cendekia Medika.
- Andrian Andrian, & Henny Putri Wahyuni. (2023). Perdarahan Intrakranial. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran*, 2(1), 150–165. <https://doi.org/10.55606/jurrike.v2i1.1064>
- Apriawanti, V., Saragih, S. G. R., & Natalia, D. (2019). Hubungan antara Glasgow Coma Scale dan Lama Perawatan pada Pasien Cedera Kepala dengan Perdarahan Subdural. *Keperawatan Gawat Darurat*, 5(1), 688–697.
- Awanis, H. (2021). Pengaruh Terapi Foot Massage Dan Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Rheumatoid Arthritis (Ra) Pada Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Tahun 2021. *Skripsi*.
- Ayu Rahayu S. Paneo, S., Hasbullah, H., Zakariyati, Z., Sariama, S., & Muksin, M. (2024). Penerapan Terapi Foot Massage Terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Keluarga Hipertensi. *JoIN : Journal of Intan Nursing*, 2(2), 49–57. <https://doi.org/10.54004/join.v2i2.154>
- Ayuningtyas, I. F. (2023). *Kebidanan Komplementer Terapi Komplementer Dalam Kebidanan* (pp. 1–224).
- Azzahra, S. F., Victoriana, E., & Megarini, M. Y. (2023). Mindfulness Based Stress Reduction (Mbsr) Terhadap Penurunan Burnout Pada Perawat. *JIP (Jurnal Intervensi Psikologi)*, 15(1). <https://doi.org/10.20885/intervensipsikologi.vol15.iss1.art6>
- Cappiello, D. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan. In *WTop* (Vol. 00, pp. 1–9).
- Dewi, A. A., Fikriyanti, & Jufriзал. (2024). Asuhan Keperawatan Post Craniotomy Evakuasi Intracerebral Hemorrhage (ICH) di Intensive Care Unit: Studi Kasus. *Jurnal Gawat Darurat*, 6(1), 9–20.
- Fitriani, D. (2021). Efektifitas Terapi Foot Massage Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea. In *Industry and Higher Education* (Vol. 3, Issue 1, pp. 1689–1699).

- Gianina Sindi M, & Syahruramdhani Syahruramdhani. (2023). Penerapan Teknik Relaksasi Foot Massage Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post Sectio Caesarea Di Bangsal Firdaus PKU Gamping. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 7(1), 93–102. <https://doi.org/10.57214/jusika.v7i1.283>
- Grazzi, L., Raggi, A., Guastafierro, E., Passavanti, M., Marcassoli, A., Montisano, D. A., & D'Amico, D. (2022). A Preliminary Analysis on the Feasibility and Short-Term Efficacy of a Phase-III RCT on Mindfulness Added to Treatment as Usual for Patients with Chronic Migraine and Medication Overuse Headache. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114116>
- Haldar, R., Kaushal, A., Gupta, D., Srivastava, S., & Singh, P. K. (2015). Pain following craniotomy: reassessment of the available options. *BioMed Research International*, 2015, 509164. <https://doi.org/10.1155/2015/509164>
- Hanif, N. A. (2020). *Langkah-langkah merumuskan rencana untuk tindakan keperawatan* (pp. 1–8). <https://osf.io/preprints/n3vsj/>
- Hidayati, N. (2019). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) untuk Resiliensi Remaja yang Mengalami Bullying. *Proceeding National Conference Psikologi UMG 2018*, 1(1), 40–49. <https://journal.umg.ac.id/index.php/proceeding/article/view/895>
- Jang, S. E., Bradshaw, Y. S., & Carr, D. B. (2022). Comparison of the Impacts of Under-Treated Pain and Opioid Pain Medication on Cognitive Impairment. *Cureus*, 14(2), e22037. <https://doi.org/10.7759/cureus.22037>
- Juniasti, M. (2019). *Pentingnya Mahasiswa Keperawatan Untuk Mengetahui Apa Itu Proses Keperawatan*. <https://osf.io/preprints/47zeh/>
- Khoirunnisa, A. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.D DENGAN MENINGIOMA POST KRANIOTOMI H.2 DI RUANG BAITUSSALAM 2 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG. *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, 3(2), 6.
- Kurniawati, putri. (2017). Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi, dan Evaluasi. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).
- Lingga, B. Y. S. U. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. In *Jurnal Penelitian Bahasa, Sastra Indonesia dan Pengajarannya* (Vol. 2, Issue 1, pp. 1–16).
- Makbul, M. (2021). METODE PENGUMPULAN DATA DAN INSTRUMEN PENELITIAN. *UIN Alaidin Makasar*, 6.
- Meisaningsih, N. L. P. (2021). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Tn. S dengan Diagnosis Medis Pneumonia di Ruang H1 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 1–132. [http://repository.stikeshangtuah-sby.ac.id/563/1/REVISI PRINT Ni Luh Putu Meisaningsih 1820038%2C KTI Pneumonia.pdf](http://repository.stikeshangtuah-sby.ac.id/563/1/REVISI%20PRINT%20Ni%20Luh%20Putu%20Meisaningsih%201820038%20CTI%20Pneumonia.pdf)
- Munazilah, M., & Hasanat, N. U. (2018). Program Mindfulness Based Stress Reduction untuk Menurunkan Kecemasan pada Individu dengan Penyakit Jantung Koroner. *Gadjah Mada Journal of Professional Psychology*

- (*GamaJPP*), 4(1), 22. <https://doi.org/10.22146/gamajpp.45346>
- Nurahma, G. A., & Hendriani, W. (2021). Tinjauan sistematis studi kasus dalam penelitian kualitatif. *Mediapsi*, 7(2), 119–129. <https://doi.org/10.21776/ub.mps.2021.007.02.4>
- Nuraini, F. R., Nuryani, & Hanum, N. (2024). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI HISTEREKTOMI TOTAL INDIKASI MIOMA UTERI DENGAN TERAPI FOOT MASSAGE UNTUK MENGURANGI NYERI DI RUANG SRIKANDI RS KEMENKES DR. SITANALA TAHUN 2024. *Medic Nutricia*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.5455/mnj.v1i2.644xa>
- Nursalam, N., & Efendi, F. (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan* (p. 220). <http://ners.unair.ac.id/materikuliaah/BUKU-PENDKEPRAWATAN-2008.pdf>
- Orthofixar. (2024). Numeric pain rating scale (nprs score). In <https://Orthofixar.Com/Special-Test/Numeric-Pain-Rating-Scale-Nprs-Score/>. <https://orthofixar.com/special-test/numeric-pain-rating-scale-nprs-score/>
- Pardian, L. (2024). *Pemantauan Hemodinamik Pemberian Dexmedetomidine Pada Pasien Subdural Haemorrhage (SDH) yang Dilakukan Tindakan Kraniotomi di RSUD Wates*.
- Permenkes RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 Keperawatan. Kemenkes RI [Internet]. 2019;(912):1–159. *Permenkes RI No 26 Tahun 2019, 912*, 1–159. [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK\\_No\\_26\\_Th\\_219\\_ttg\\_Peraturan\\_Pelaksanaan\\_UU\\_Nomor\\_38\\_Tahun\\_2014\\_tentang\\_Keperawatan.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_26_Th_219_ttg_Peraturan_Pelaksanaan_UU_Nomor_38_Tahun_2014_tentang_Keperawatan.pdf)
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnosis* (I). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan* (I). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018b). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (I). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, T. P. S. D. (2018c). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* (Edisi 1). Persatuan Perawat Indonesia.
- Pradana, N. W. A., & Setyawati, T. (2022). Subdural Hematom Pada Laki-Laki Usia 28 Tahun : Laporan Kasus Subdural Hematoma in a 28 Year Old Male: Case Report. *Jurnal Medical Profession*, 4(3), 231–239.
- Pradono, J., Hapsari, D., Supardi, S., & Budiarto, W. (2018). Buku Panduan Manajemen Penelitian Kuantitatif. In *Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (Vol. 53, Issue 9). [www.journal.uta45jakarta.ac.id](http://www.journal.uta45jakarta.ac.id)
- Pratama, R. A., Laksono, B. H., & Fatoni, A. Z. (2020). Manajemen Nyeri Akut Pasca-Kraniotomi. *Journal of Anaesthesia and Pain*, 1(3), 28–38. <https://doi.org/10.21776/ub.jap.2020.001.03.04>

- Puspitasari, E. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN HIPERTENSI EMERGENSI DENGAN PEMBERIAN FOOT MASASE THERAPY DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD KABUPATEN TANGERANG TAHUN 2018*. Universitas Esa Unggul.
- rahayu, notesya, P. (2023). *Bunga Rampai: Manejemen Nyeri* (M. K. La Ode Alifariki, S.Kep, Ns & M. Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep (eds.)). PT. Media Pustaka Indo.
- Rahayuningsih, F. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R PRIMIGRAVIDA DENGAN ANEMIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GAMPING II YOGYAKARTA*. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Rumah Sakit Royal Progress. (2024). *Subdural Hematoma\_ Penyebab, Gejala, Jenis, dan Cara Mengobati - Rumah Sakit Royal Progress*. Rumah Sakit Royal Progress.
- Sabir, M., & Amri, I. (2024). Hematoma Subdural Kronis : Laporan Kasus Chronic Subdural Hematoma : Case Report. *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 6(1), 24–31.
- Sella monica. (2019). Pengaruh Foot Massage Disertai Terapi Murottal Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Puskesmas Pasar Ikan Kota Bengkulu Tahun 2019. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 3(1), 10–27.  
<https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Sella, Y. O. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Osteosarcoma*.
- Siti, A. (2018). Manajemen Nyeri pada Lansia dengan Pendekatan Non-Farmakologi. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1), 179–182.  
<https://journal.um-surabaya.ac.id/JKM/article/view/1201>
- Syah, A. (2019). Aplikasi Kompres Hangat Dan Aromaterapi Lavender Pada Nn. I Dan Nn. F Dengan Nyeri Akut. *Universitas Muhammadiyah Magelang*, 4–11.
- Usman, F. S., Mulyono, G. A., Rilianto, B., Irawan, H., Musadir, N., Dinata, G. S., & Joe, E. (2021). Manajemen Subdural Hematoma Kronis: Sebuah Paradigma Baru Strategi Neurointervensi. *Neurona*, 38(4), 315–322.  
<https://ejournal.neurona.web.id/index.php/neurona/article/view/271>
- Wijaya, D. A., Ernawati, E., Firmansyah, Y., Nathaniel, F., & Budiman, R. A. (2023). Potensi Keuntungan Mindfulness-Based Stress Reduction terhadap Kecemasan saat Pandemi Covid-19 pada Orang Dewasa. *Malahayati Nursing Journal*, 5(8), 2775–2786. <https://doi.org/10.33024/mnj.v5i8.10957>
- Winantuningtyas, Y. W. P., & Ismoyowati, T. W. (2023). Case report : intervensi foot massage untuk nyeri akut dan penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi di rumah sakit swasta, purwodadi 1. *Prosiding STIKES Bethesda Conference*, 3(1), 1–6.
- Yale. (2025). Visual Analogue Scale. In *日本在宅ケア学会誌* (Vol. 8, Issue 1～2). Yale University. <http://search.jamas.or.jp/link/ui/2006043646>

- Yamada, S. M., Tomita, Y., Murakami, H., Nakane, M., Yamada, S., Murakami, M., Hoya, K., Nakagomi, T., Tamura, A., & Matsuno, A. (2018). Headache in patients with chronic subdural hematoma: analysis in 1080 patients. *Neurosurgical Review*, *41*(2), 549–556. <https://doi.org/10.1007/s10143-017-0889-x>
- Zellatifanny, C. M., & Mudjiyanto, B. (2018). Tipe Penelitian Deskripsi Dalam Ilmu Komunikasi. *Diakom : Jurnal Media Dan Komunikasi*, *1*(2), 83–90. <https://doi.org/10.17933/diakom.v1i2.20>

## LAMPIRAN

**Lampiran 1. Satuan Acara Penyuluhan (SAP) pada Pasien Post Operasi Kraniotomi dengan Diagnosa ICH di Ruang Teratai Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang**

### SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

**A. TEMA**

*Foot Massage dan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)*

**B. TOPIK PENYULUHAN**

Pendidikan kesehatan tentang cara melakukan teknik relaksasi *foot massage* dan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)

**C. SASARAN**

Pasien dan keluarga pasien

**D. PELAKSANAAN**

Hari, Tanggal : Kamis, 1 Agustus 2024

Waktu : 16.00 WIB

Tempat : Kamar Pasien di Ruang Teratai Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang

**E. TUJUAN**

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan sasaran dapat mengerti dan memahami tentang cara melakukan teknik relaksasi *foot massage* dan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR).

**F. METODE**

Ceramah dan tanya jawab

**G. MEDIA**

(-)

**H. RENCANA KEGIATAN**

Tahap	Kegiatan
<b>Persiapan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan ruangan/bahan penyuluhan</li> <li>2. Persiapan sasaran</li> <li>3. Kontrak waktu dengan sasaran</li> </ol>
<b>Proses</b>	<p><b>Pembukaan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam</li> <li>2. Perkenalan pemateri</li> <li>3. Menanyakan kondisi sasaran</li> </ol> <p><b>Pelaksanaan :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan penjelasan tentang <i>foot massage</i> dan Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)</li> </ol>

	2. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk bertanya dan menyampaikan pendapat terkait materi yang telah disampaikan
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan perasaan sasaran setelah diberikan materi penyuluhan</li> <li>2. Menanyakan apakah sasaran sudah mengerti terkait materi yang disampaikan</li> <li>3. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menirukan kembali cara melakukan teknik relaksasi yang telah disampaikan</li> <li>4. Menutup dengan salam dan mengucapkan terima kasih kepada sasaran</li> </ol>

### **I. EVALUASI**

Setelah dilaksanakan penyuluhan diharapkan sasaran dapat memahami terkait pengertian, tujuan dan langkah –langkah serta sasaran dapat melakukan teknik relaksasi yang telah dipaparkan secara mandiri.

**Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur (SOP) Foot Massage**

<b>PENGERTIAN</b>	Pijat kaki atau foot massage adalah sentuhan yang dilakukan pada kaki dengan sadar dan digunakan untuk meningkatkan kesehatan.
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan skala nyeri</li> <li>2. Menimbulkan relaksasi yang dalam.</li> <li>3. Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi.</li> <li>4. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal.</li> <li>5. Membantu memperbaiki mobilitas</li> <li>6. Menurunkan tekanan darah</li> </ol>
<b>INDIKASI</b>	Mengurangi nyeri dan menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi
<b>KONTRAINDIKASI</b>	Klien yang menderita luka bakar hebat, fraktur, dan ekstremitas bawah yang tidak lengkap
<b>WAKTU PELAKSANAAN</b>	Pijat kaki atau <i>foot massage</i> dilakukan satu kali sehari dan jika terasa nyeri selama $\pm 20$ menit, masing-masing kaki $\pm 10$ menit
<b>PERSIAPAN PASIEN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan.</li> <li>2. Mengukur tekanan darah dan mengkaji skala nyeri sebelum melakukan pijat kaki dan dicatat dalam lembar observasi.</li> </ol>
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sphygmomanometer</li> <li>2. Stetoskop</li> <li>3. Minyak kelapa atau minyak zaitun</li> <li>4. Lembar observasi tekanan darah</li> <li>5. Handuk</li> </ol>
<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>	<p><b>Tahap pertama: Massage kaki bagian depan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambil posisi menghadap ke kaki klien dengan kedua lutut berada disamping betisnya.</li> <li>2. Letakkan tangan kita sedikit diatas pergelangan kaki dengan jari-jari menuju keatas dengan satu gerak tak putus luncurkan tangan ke atas pangkal paha dan kembali turun disisi kaki mengikuti lekuk kaki.</li> <li>3. Tarik ibu jari dan buat bentuk V (posisi mulut naga). Letakkan tangan diatas tulang garis dibagian bawah kaki. Gunakan tangan secara bergantian untuk memijat perlahan hingga ke bawah lutut dengan tangan masih pada posisi V urut keatas dengan sangat lembut hingga ke tempurung lutut, pisahkan tangan dan ikuti lekuk tempurung lutut pijat ke bagian bawah.</li> <li>4. Lalu ulangi pijat keatas bagian tempurung lutut</li> <li>5. Tekanlah dengan sisi luar telapak tangan membuat lingkaran secara bergantian mulai dari atas lutut hingga pangkal paha dan mendorong otot.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Dengan kedua tangan pijatlah kebawah pada sisi kaki hingga ke pergelangan kaki. Kemudian remas bagian dorsum dan plantaris kaki dengan kedua tangan sampai ke ujung jari.</li> <li>7. Ulangi pada kaki kiri.</li> </ol> <p><b>Tahap kedua: <i>Massage</i> pada telapak kaki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakan alas yang cukup besar dibawah kaki klien.</li> <li>2. Tangkupkan telapak tangankita disekitar sisi kaki kanannya</li> <li>3. Rilekskan jari-jari serta gerakan tangan kedepan dan kebelakang dengan cepat, ini akan membuat kaki rileks.</li> <li>4. Biarkan tangan tetap memegang bagian atas kaki</li> <li>5. Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut tarik kaki kearah pemijat mulai dari tumit. Dengan gerakan oval putar kaki beberapa kalikesetiap arah</li> <li>6. Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada diatas dan telunjuk dibagian bawah.</li> <li>7. Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekanan urat-urat otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantaranya urat-urat otot dengan ibu jari . ulangi gerakan ini pada tiap lekukan.</li> <li>8. Pegang tumit kaki dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama : letakkan ibu jari pemijat diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya, dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain</li> </ol>
<b>EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan mengenai perasaan pasien setelah mendapatkan terapi <i>foot massage</i></li> <li>2. Berikan umpan balik positif</li> <li>3. Kontrak pertemuan selanjutnya Dokumentasikan di dalam catatan keperawatan</li> </ol>
<b>HAL YANG PERLU DIPERHATIKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi klien yang terlalu lapar, terlalu kenyang</li> <li>2. Kondisi ruangan yang nyaman, suhu tidak terlalu panas, tidak terlalu dingin, pencahayaan yang cukup/tidak remang-remang</li> <li>3. Posisi klien dalam keadaan berbaring yang mana bagian pinggang sampai telapak kaki ditutup oleh handuk dan posisi pemijat di belakang klien</li> </ol>
<b>SUMBER</b>	Puspitasari (2019)

*Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur (SOP) Mindfulness-based Stress*

**Reduction (MBSR)**

<b>PENGERTIAN</b>	Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) adalah sebuah metode yang diciptakan untuk melatih seorang Individu agar menjadi sadar pada status pikiran dan status emosi individu tersebut pada momen saat ini. Program ini mengajarkan para pasien untuk memfokuskan perhatian mereka dengan menggunakan serangkaian keterampilan meditasi. Program MBSR mencakup berbagai bentuk praktek meditasi, yang terdiri dari scan tubuh, duduk dan berjalan meditasi serta yoga.
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menimbulkan efek relaksasi</li> <li>2. Mengurangi gejala gangguan psikologis yaitu stress dan kecemasan</li> <li>3. Meningkatkan kualitas tidur pasien dengan insomnia</li> <li>4. Memperbaiki alam perasaan</li> <li>5. Memperkuat keyakinan dan meningkatkan kesadaran diri dalam beradaptasi serta menerima kondisi diri</li> <li>6. Mengurangi inensitas nyeri</li> </ol>
<b>INDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan gangguan psikologis, yaitu stress dan kecemasan</li> <li>2. Pasien dengan insomnia</li> <li>3. Pasien yang mengalami nyeri</li> </ol>
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan kondisi mental tertentu seperti psikosis, gangguan bipolar tidak stabil, depresi berat dengan fitur psikotis.</li> <li>2. Pasien dengan riwayat trauma berat</li> <li>3. Pasien dengan ketergantungan zat narkotika</li> </ol>
<b>WAKTU PELAKSANAAN</b>	Latihan ini berdurasi sekitar 15 menit dengan frekuensi 1-3x sehari. Dapat diulangi jika dibutuhkan
<b>PERSIAPAN ALAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alas bantal duduk/kursi</li> </ol>
<b>TAHAP PERSIAPAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalan mengucapkan salam, menyapa dan tersenyum pada pasien</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien</li> <li>3. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin (posisi duduk/berbaring) dengan mata terpejam atau tetap terbuka</li> <li>4. Membimbing pasien untuk melakukan prosedur Mindfulness Based Stress Reduction dengan konsentrasi serta keyakinan penuh pada Tuhan YME selama rposedur dilakukan</li> </ol>
<b>TAHAP PELAKSANAAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Duduklah dengan nyaman Posisikan tubuh anda pada posisi nyaman dan stabil baik duduk atau berbaring terlentang. Biarkan punggung anda lurus tapi tidak kaku. Biarkan tangan</li> </ol>

	<p>dalam posisi rileks. Tutup mata anda, jika terasa nyaman. Jika tidak, luruskan pandangan anda.</p> <p>2. Sadari gerakan pada kaki anda Jika anda melakukan praktik mindfulness dalam kondisi duduk di atas bantalan, silangkan kaki dibagian depan anda dengan nyaman. Jika anda melakukan praktik mindfulness di kursi, maka telapak kaki harus menyentuh lantai</p> <p>3. Tegakkan badan anda Jika anda melakukan praktik mindfulness dalam kondisi duduk di atas bantalan, silangkan kaki dibagian depan anda dengan nyaman. Jika anda melakukan praktik mindfulness di kursi, maka telapak kaki harus menyentuh lantai</p> <p>4. Sadari gerakan pada lengan anda Posisikan lengan anda secara paralel dengan tubuh bagian atas. Istirahatkan telapak tangan anda (letakkan telapak tangan pada paha kaki) dan osisikan senatural mungkin</p> <p>5. Lembutkan pandangan anda Tundukan sedikit kepala anda dan biarkan pandangan mata anda mengarah ke bawah dengan perlahan lahan. Tidak harus sampai menutup mata, biarkan mata anda hanya sedikit tertutup</p> <p>6. Rasakan ketika anda bemafras Bawa perhatian anda ke saat sekarang dengan memperhatikan bagaimaa perasaan anda secara ffsik. Fokuskan pikiran anda pada tubuh anfa dari ujung rambut sampai ujung kaki dan dengan sadar coba biarkan ketegangan terlepas. Luangkan waktu sejenak untuk memperhatikan lingkungan anda, suara apapun yang mungkin anda dengar, seperti suara yang terdengar di sekitar anda. Setelah itu, pusatkan perhatian anda pada pernafasan ana dari 3 sudut pandang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertama, perhatikan sensasi nafas anda masuk/keluar dari lubang hidung dan/atau mulut anda</li> <li>b. Kedua, saat anda bernafas, perhatikan pergerakan naik/turunnya dada anda</li> <li>c. Ketiga, perhatikan kembang kempisnya dinding perut anda selama bernafas</li> </ol> <p>7. Sadari ketika pikiran anda mulai tidak fokus terhadap praktik mindfulness yang anda lakukan dan fokuskan kembali pada sensasi pemafras anda. Secara tidak langsung perhatian anda akan terfokus pada sensasi pernafasan anda kembali. Jangan khawair jika pemikiran anda tiba tiba memikirkan sesuatu, jika hal</p>
--	--

	<p>tersebut terjadi maka fokuskan kembali pemikiran anda pada sensasi pernafasan anda</p> <p>8. Bertemanlah dengan pikiran anda yang terkadang tidak focus</p> <p>Dalam praktik mindfulness maka normal kalau pikiran anda terkadang berfikir hal macam macam. Jika hal tersebut terjadi maka jangan memberontak, tetapi biarkan dulu hal itu terjadi, kemudian tetapkan dalam posisi awal. Jika sudah selesai maka kembali fokuskan pada sensasi pernafasan anda tanpa membuat penghakiman pada pemikiran anda</p> <p>9. Bertemanlah dengan pikiran anda yang terkadang tidak fokus</p> <p>Jika mata anda sedikit tertutup maka bukalah mata anda. Biarkan waktu berjalan sejenak, kemudian sadari situasi dan suara suara yang terjadi di sekitar anda. Rasakan apa yang terjadi pada tubuh dan emosi anda</p>
<b>EVALUASI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan mengenai perasaan pasien setelah mendapatkan terapi MBSR</li> <li>2. Berikan umpan balik positif</li> <li>3. Kontrak pertemuan selanjutnya</li> <li>4. Dokumentasikan di dalam catatan keperawatan</li> </ol>
<b>SUMBER</b>	Sella (2019)

**Lampiran 4. Lembar Bimbingan**



**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS  
PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES  
KEMENKES MALANG**

Nama Mahasiswa : Virginia Martzarini  
NIM : P17212235100  
Nama Pembimbing : Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.

NO.	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN	
			PEMBIMBING	MAHASISWA
1.	12 Agustus 2024	Konsultasi pengambilan kasus di lahan - Sesuaikan judul dengan kasus yang ada di lahan		
2.	13 Agustus 2024	Konsultasi judul - Acc judul, lanjut mengerjakan Bab 1		
3.	30 Desember 2024	Konsultasi Bab 1 - Merevisi Bab 1		
4.	13 Januari 2025	Konsultasi hasil revisi Bab 1 - Merevisi Bab 1 - Melanjutkan pengerjaan Bab 2 sampai Bab 6		
5.	11 Februari 2025	Konsultasi Bab 1 sampai Bab 6 - Merevisi Bab 1 sampai bab 6		
6.	17 Februari 2025	Konsultasi hasil revisi Bab 1 sampai Bab 6 - ACC ujian KIAN		
7.	19 Maret 2025	Konsultasi revisi KIAN - Merevisi Bab 5		
8.	27 April 2025	Konsultasi revisi KIAN Bab 5 - ACC revisi KIAN		

Mengetahui,  
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi  
Ners

Joko Wiyono, S.Kep., M.Kep., Sp.Kom.  
NIP. 196909021992031002

Malang, 27 April 2025

Pembimbing KIAN

Taufan Arif, S. Kep., Ns., M. Kep.  
NIP. 199006072022031001