



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT
PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN PEMBERIAN
SLOW DEEP BREATHING DIRUANG IGD RSUD PROF.
DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Afif Abdilah Fauzi

202403140

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN
PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

2026



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT
PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN PEMBERIAN
SLOW DEEP BREATHING DIRUANG IGD RSUD PROF.
DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Afif Abdilah Fauzi

202403140

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

2026

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama: AFIF ABDILAH FAUZI

NIM :202303140

Tanda Tangan:



Tanggal : 27 Februari 2026

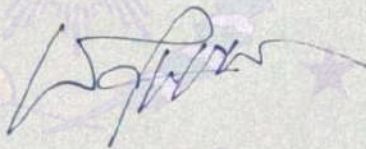


HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA
PASIEEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN *SLOW
DEEP BREATHING* DIRUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO
SOEKARJO PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat
Untuk diujikan pada tanggal 14 Febuari 2026

Pembimbing



(Ns. Barkah Waladani, M.Kep.)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi



(Ns. Wuri Utami, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah Akhir ners ini dianjurkan Oleh

Nama: AFIF ABDILAH FAUZI

NIM :202303140

Program studi: Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

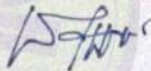
Judul KIA-N: ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN *SLOW DEEP BREATHING* DIRUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji satu (Ns. Ratih Kusuma Dewi, S. Kep.)

()

Penguji dua (Ns. Barkah Waladani M. Kep.)

()

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners
Program Profesi



(Ns. Wuri Utami, M. Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen. -

Tanggal : Sabtu, 14 Febuari 2026

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: AFIF ABDILAH FAUZI

NIM :202303140

Program studi: Pendidikan Profesi Ners Program Profesi

Jenis karya : Karya Ilmiah Akhri Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas skripsi saya yang berjudul:

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA
PASIEEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN *SLOW
DEEP BREATHING* DIRUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO
SOEKARJO PURWOKERTO**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal: 23 Febuari 2026

Yang menyatakan



(Afif Abdilah Fauzi)

KEPERAWATAN PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS

Universitas Muhamamdiyah Gombang

KIAN, November 2025

Afif Abdilah Fauzi¹”, Barkah Waladani²,

Afifwasan12@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN PEMBERIAN *SLOW DEEP BREATHING* DIRUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Latar Belakang : Cedera kepala ringan merupakan gangguan yang paling sering terjadi pada orang dewasa. Nyeri akut merupakan salah satu gejala yang paling umum terjadi pada pasien cedera kepala ringan. Terapi relaksasi Slow Deep Breathing merupakan salah satu terapi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri akut.

Tujuan : Menganalisis asuhan keperawatan dengan memberikan terapi penerapan Tindakan Relaksasi Slow Deep Breathing untuk Menurunkan skala nyeri pada Pasien Cedera Kepala Ringan IGD RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Metodologi : melalui pendekatan case report (studi kasus) yang dilakukan kepada 5 pasien cedera kepala ringan yang ada di IGD dengan penerapan intervensi tindakan Slow Deep Breathing.

Hasil penelitian : asuhan keperawatan yang dilakukan selama 6-7 jam, pasien cedera kepala ringan menunjukkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik ditandai dengan adanya penurunan skala nyeri kategori sedang menjadi ringan dengan penurunan skala nyeri. Hasil inovasi tindakan keperawatan Terapi relaksasi Slow Deep Breathing pada pasien cedera kepala ringan yang mengalami nyeri akut menunjukkan adanya penurunan skala nyeri, hal ini menunjukkan bahwa Terapi relaksasi Slow Deep Breathing efektif sebagai terapi komplementer dalam menurunkan nyeri akut.

Kesimpulan : Terapi relaksasi Slow Deep Breathing dapat menjadi pilihan terapi tambahan untuk mengurangi nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan.

Rekomendasi : Rekomendasi dari penelitian ini adalah perlunya pembuatan standar operasional prosedur (SOP) baku untuk pelaksanaan Terapi relaksasi Slow Deep Breathing

Kata Kunci Pengetahuan; Cedera Kepala Ringan, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan, Slow Deep Breathing

- 1) Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombang
- 2) Dosen Universitas Muhammadiyah Gombang

NURSING PROFESSIONAL EDUCATION PROGRAM FOR NURSING

Muhammadiyah University of Gombong

KIAN, November 2025

Afif Abdilah Fauzi¹”, Barkah Waladani²,

Afifwasan12@gmail.com

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR ACUTE PAIN IN PATIENTS WITH MILD HEAD INJURY WITH SLOW DEEP BREATHING IN THE ER OF PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO HOSPITAL

Background : Mild head injuries are the most common disorder in adults. Acute pain is one of the most common symptoms in patients with mild head injuries. Slow and deep breathing relaxation therapy is one therapy that can be used to reduce acute pain.

Objective : Analyzing nursing care by providing therapy in the form of Slow Deep Breathing Relaxation Actions to reduce the pain scale in patients with mild head injuries in the Emergency Room of Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Regional Hospital

Methodology : through a case report approach (case study) conducted on 5 patients with mild head injuries in the Emergency Room with the application of Slow Deep Breathing intervention.

Research result : Nursing care carried out for 6-7 hours, mild head injury patients showed acute pain related to physical injury agents characterized by a decrease in the pain scale from moderate to mild category with a decrease in the pain scale. The results of nursing action innovation Slow Deep Breathing relaxation therapy in mild head injury patients experiencing acute pain showed a decrease in the pain scale, this shows that Slow Deep Breathing relaxation therapy is effective as a complementary therapy in reducing acute pain.

Conclusion : Slow Deep Breathing relaxation therapy can be an additional therapy option to reduce acute pain in patients with mild head injuries.

Recommendation : The recommendation from this study is the need to create a standard operating procedure (SOP) for the implementation of Slow Deep Breathing relaxation therapy.

**Knowledge Keywords: Mild Head Injury, Acute Pain, Nursing Care,
Slow Deep Breathing**

- 1) Students of Muhammadiyah University of Gombong
- 2) Lecturer at Muhammadiyah University of Gombong

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Alhamdulillahirabbil'alamin. Puji syukur kehadiran Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN *SLOW DEEP BREATHING* DI RUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”. Shalawat serta salam tetap tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* yang telah menyampaikan risalah-Nya. Penyusunan karya ilmiah akhir ini untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong. Penyusunan ini dapat terlaksana dengan baik berkat dukungan dan bimbingan dari banyak pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih kepada :

1. Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* yang selalu memberikan kemudahan penulis dalam menyelesaikan proposal ini.
2. Kedua orang tua saya bapak Wasannudin dan ibu Warisem yang sangat saya sayangi, yang selalu memberi dukungan serta doa'nya untuk kelancaran putrinya sehingga peneliti dapat menyelesaikan KIA-N
3. Hj. Dr. Herniyatun, S.Kep.,M.Kep.Sp.Mat selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong.
4. Ns. Wuri Utami, M. Kep selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi Universitas Muhammadiyah Gombong
5. Ns. Barkah Waladani, M. Kep selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan kepada peneliti.

6. Ns. Ratih Kusuma Dewi, S. Kep. selaku penguji karya ilmiah akhir ners.
7. Seluruh dosen dan staff karyawan Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan keluasaan kepada peneliti.
8. Teruntuk Ibu dan ayah serta Kakak saya tersayang Eva Dewi lalita yang selalu memberikan dukungannya dan semangat sehingga peneliti hingga selsainya karya ilmiah akhir ini
9. Sahabat saya, yang selalu mendukung satu sama lain, memberikan motivasi, serta memberikan waktunya dalam membantu menyelesaikan karya ilmiah akhir.
10. Teman-teman satu bimbingan KIA, yang selalu mendukung dan menyemangati satu sama lain dalam proses penyelesaian tugas akhir
11. Diri sendiri. Terima kasih atas segala kerjasamanya dan mampu berjuang sampai titik ini, serta tidak pernah menyerah sesulit apapun proses mengerjakan KIA ini. Terimakasih sudah kuat bertahan.

Penulis telah berupaya dengan maksimum namun penulis menyadari bahwa penyusunan KIA ini masih banyak terdapat kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang bersifat membangun ke arah perbaikan dan penyempurnaan hasil kian ini. Akhir kata penulis berharap semoga KIA ini dapat bermanfaat dalam memperkaya khasanah dalam pendidikan. *Aamiin*.

Gombong, 14 Februari 2026

Peneliti,

(Afif Abdilah Fauzi)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	5
C. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN KASUS.....	7
A. Konsep Medis.....	7
B. Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing.....	22
C. Kerangka Konsep	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
A. Desain Karya Tulis	39
B. Pengambilan Subjek	39
C. Lokasi dan Waktu	39
D. Definisi Operasional	40
E. Instrumen.....	40
F. Langkah Pengambilan Data	41
G. Etika Studi Kasus.....	42
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	43

A. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	43
B. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan.....	58
C. Pembahasan	60
D. Keterbatasan studi kasus	62
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	63
A. KESIMPULAN	63
B. SARAN	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 SOP Relaksasi *Slow deep breathing*

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Hasil penerapan tindakan keperawatan



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Skala Nyeri Deskriptif

Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerical Rating Scale

Gambar 2.3 Skala Wong Baker Face Scale

Gambar 2.4 Kerangka Konsep



DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Penyusunan KIA-Ners
2. Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi *Slow deep breathing*
3. Lembar Penjelasan Responden
4. Inform Consent
5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
6. Lembar Bimbingan
7. Hasil Uji Plagiarism
8. Lembar Observasi Intervensi Tindakan



DAFTAR SINGKATAN

Dinkes	: Dinas Kesehatan
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
R1	: Republik Indonesia
WHO	: World Health Organization



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera Kepala adalah kondisi dimana struktur kepala mengalami benturan dari luar dan berpotensi menimbulkan gangguan pada fungsi otak. Beberapa kondisi pada cedera kepala meliputi luka ringan, memar di kulit kepala, bengkak, perdarahan, dislokasi, patah tulang tengkorak dan gegar otak, tergantung dari mekanisme benturan dan parahnya cedera yang dialami (Cahyo et al., 2023). Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2018 menunjukkan 11,9% kejadian cedera yakni cedera kepala yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas yang semakin meningkat sebagai penyebab terbanyak dari kejadian cedera pada kepala, terutama kecelakaan sepeda motor (72,7%), pada usia muda (15-24 tahun) (Kemenkes, 2022).

Cedera kepala merupakan penyebab sekitar setengah dari seluruh kematian yang disebabkan oleh trauma. Pasalnya, kepala merupakan bagian tubuh yang paling sering dan rentan mengalami kecelakaan. Di negara berkembang seperti Amerika Serikat, cedera kepala ialah penyebab kematian ketiga terbanyak dan penyebab kematian tertinggi untuk kelompok usia 15-44 tahun (Nanang Rubiyanto et al., 2020). Penyebab kecelakaan lalu lintas yang sering terjadi pada orang dewasa yaitu cedera kepala, yang diperkirakan terjadi 939 kasus per 100.000 penduduk secara global, yang berarti sekitar 69 juta orang menderita cedera kepala setiap tahun. Berdasarkan temuan Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan pada tahun 2019, 11,9% kasus cedera kepala di Indonesia terjadi pada saat ibu sedang menyusui (Handono, 2019).

Trauma kepala adalah jenis cedera yang paling umum, menyebabkan 6 juta cedera setiap tahunnya dan mengakibatkan kematian lebih dari 1,3 juta orang atau 3000 orang setiap hari di seluruh dunia. Di sini, di Indonesia, cedera kepala ialah masalah kesehatan paling umum. Salah satu penyebab

kematian paling umum dalam kecelakaan lalu lintas ialah trauma kepala. Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian utama dikalangan usia produktif khususnya dinegara berkembang. Cedera kepala merupakan cedera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri serta mengakibatkan gangguan neorologis (Nashirah et.al., 2022). ringan sampai yang berat, dimulai dengan yang ringan. Sebagian besar pasien ini terlibat dalam tabrakan mobil tanpa menggunakan helm, baik secara tidak memadai atau tidak sama sekali. Trauma kulit kepala, otak, dan tengkorak adalah bagian dari cedera kepala. Jika tingkat kesadaran pasien antara 13-15, dapat terjadi kehilangan kesadaran (Setianingsih et.al., 2020).

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) setiap tahun sekitar 1,2 juta orang meninggal dengan diagnosa cedera kepala, yaitu akibat kecelakaan lalu lintas (KLL). Dalam *Surveillance Report of Traumatic Brain Injury* (Peterson et al. (2019), pasien cedera kepala dimana sekitar 2,5 juta orang datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang mencakup lebih dari 812.000 pasien. Ada sekitar 288.000 cedera kepala pasien yang mengalami rawat inap 23.000 diantaranya adalah anak-anak dan 56.800 meninggal. Angka kunjungan IGD dengan cedera kepala per 100.000 penduduk tertinggi pada lansia usia 75 tahun (1.682.0), anak-anak usia 0-4 tahun (1.618,6), dan individu usia 15-24 tahun (1.010.1) (Peterson et al., 2019). Menurut Riskesdas (2018) prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9%. Prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan sebesar 12,8% dan terendah di Jambi sebesar 4,5%. Provinsi Jawa Tengah menunjukkan kasus cedera sebesar 7,7% yang disebabkan oleh kecelakaan sepeda motor sebesar 40,1%. Cedera mayoritas dialami oleh kelompok umur dewasa sebesar 38,8%, lanjut usia (lansia) sebesar 13,3% dan anak-anak sekitar 11,3%. Cedera pada bagian kepala menempati posisi ketiga setelah cedera pada anggota gerak bawah dan bagian anggota gerak atas dengan prevalensi masing-masing 67,9% dan

32,7%. Pasien dengan cedera kepala ringan dapat mengakibatkan kerusakan permanen pada jaringan otak seperti adanya iskemik otak. Peningkatan metabolisme otak menyebabkan meningkatnya konsumsi oksigen otak oleh tubuh. Saat kebutuhan oksigen otak tidak terpenuhi maka metabolisme akan beralih dari aerob ke metabolisme anerob. Pada keadaan ini dihasilkan asam laktat yang menstimulasi terjadinya nyeri kepala (Riskesdas, 2018).

skala nyeri ringan pada pasien CKR adalah dengan penerapan terapi farmakologis dan non farmakologik. Terapi non farmakologis seperti terapi behavioral (relaksaasi, hipnoterapi, biofeedback). Salah satu relaksasi yang digunakan adalah dengan *Slow deep breathing*. Tindakan *Slow deep breathing* merupakan tindakan yang disadari untuk mengatur pernapasan secara dalam dan lambat. Pengendalian pengaturan pernapasan secara sadar dilakukan oleh korteks serebri dan pernapasan spontan atau automatic dilakukan oleh medulla oblongata (Martin, 2016). Berdasarkan penelitian Rusli Abdullah (2023) bahwa pemberian tindakan terapi *Slow deep breathing* dapat menurunkan nyeri pada pasien dengan cedera kepala dimana hasil penelitian menunjukkan dari responden subjek I mengalami penurunan tingkat nyeri dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 3 (nyeri ringan) dan responden subjek II mengalami penurunan tingkat nyeri dari skala nyeri 4 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 2 (nyeri ringan). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Endah Setiangsih dan Putra Angina (2020)

Nyeri adalah respons yang terjadi baik secara fisik maupun psikologis sebagai reaksi terhadap ketidaknyamanan yang dirasakan oleh seseorang. Nyeri berfungsi sebagai indikator awal bahwa tubuh sedang bermasalah, sehingga individu bisa melihat tanda dan gejala lain yang terkait dengan kondisi tersebut. Proses penyebaran nyeri terjadi ketika rangsangan nyeri diterima oleh sistem saraf perifer, terutama oleh nosiseptor, dan kemudian dikirimkan ke korteks serebri sebagai pusat nyeri (Yunita & Siwi, 2023).

Nyeri Akut adalah pengalaman sensori 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. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan 9 pulih pada area yang rusak (Mussardo, 2019).

Nyeri adalah pengalaman fisik dan emosional yang disebabkan oleh adanya luka pada jaringan. sehingga *deep breathing* efektif menurunkan skala nyeri walaupun tidak signifikan. tidak dianggap berlebihan jika disebutkan bahwa rasa ini banyak mendorong seseorang untuk berobat ke dokter (Nihla & Sukraeny, 2023). Skala nyeri ringan dapat berkurang pada pasien CKR oleh perawat dapat dilakukan dengan terapi farmakologis dan non farmakologis. Teknik non farmakologi merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika nyeri muncul dan dapat digunakan pada seseorang sehat ataupun sakit (Cahyo et al., 2023). Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien Cedera Kepala Ringan dapat menggunakan terapi non farmakologis salah satu relaksasi yang digunakan adalah dengan *Slow deep breathing* (Setianingsih, 2018).

Slow deep breathing adalah aktivitas yang disadari untuk mengontrol pernapasan secara dalam dan lambat yang dapat menimbulkan efek relaksasi (Kasim & Djalil, 2019). Pada saat melakukan *Slow deep breathing* pasien diminta untuk meletakkan tangan kanan di dada dan tangan kiri di atas perut kemudian mengambil nafas melalui hidung tahan hingga tiga detik lalu keluarkan melalui mulut. Teknik ini diberikan pada pasien cedera kepala ringan selama 10 menit dalam 1 kali tindakan.

Berdasarkan hasil penelitian oleh (Cahyo et al., 2023), teknik *Slow deep breathing* dapat menurunkan skala nyeri yang semula skala 6 turun menjadi skala 4 nyeri sedang. Maka dapat disimpulkan bahwa Teknik Slow

Palliative: nyeri pada area kepala karena luka lecet, Quality: nyeri seperti tertusuk- tusuk, Region: nyeri pada area kepala yang terdapat luka lecet, Severe: skala nyeri 5, Time: nyeri muncul secara terus-menerus. Data obyektif pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, Tekanan Darah: 130/80 mmHg, Nadi: 73 x/ menit, Suhu: 36,3 °C, SpO2: 99%, RR: 20 x/ menit, keadaan composmentis dengan nilai GCS: 15(E4, V5, M6). Cedera kepala dapat disebabkan adanya trauma yang pada kepala dengan nilai GCS: 14-15, tidak terdapat penurunan kesadaran, biasanya terdapat keluhan pusing dan nyeri akut, serta lecet atau luka pada kepala maupun terjadi perdarahan di otak (Rizky, Rafieqah Nalar dan Mahardika, 2023).

B. Rumusan masalah

Bagaimana gambaran ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN *SLOW DEEP BREATHING* DI RUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”.

C. Tujuan

a. Tujuan Umum

Menjelaskan Asuhan Keperawatan yang diberikan pada pasien dengan nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR) di Instalasi Gawat Darurat

b. Tujuan Khusus

1. Mendeskripsikan hasil pengkajian dengan masalah nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR)
2. Mendeskripsikan hasil analisa diagnosis keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR)
3. Mendeskripsikan hasil intervensi keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR)
4. Mendeskripsikan hasil implementasi keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR)
5. Mendeskripsikan hasil evaluasi keperawatan dengan masalah nyeri akut pada pasien Cidera Kepala Ringan (CKR)

6. Menganalisis kemampuan dalam melakukan tindakan keperawatan terapi *Slow deep breathing*.

D. Manfaat Penelitian

Hasil studi kasus ini diyakini akan bermanfaat:

- a. Bagi Masyarakat

Dengan menggunakan terapi *Slow deep breathing* di unit gawat darurat, masyarakat akan lebih dibekali pengetahuan dan informasi tentang cara pemeriksaan asuhan keperawatan cedera kepala ringan (CKR) bersamaan dengan masalah kematian akibat nyeri akut.

- b. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan

memperluas cakupan penelitian ilmiah dan pengembangan teknologi di sektor pengobatan yang mengatasi masalah nyeri akut pada individu yang menderita cedera kepala sedang (CKR).

- c. Bagi Penulis

Dapatkan pengalaman dalam proses hasil bedah, khususnya dengan mengacu pada studi kasus pengobatan cedera kepala ringan (CKR) dengan masalah nyeri akut di unit gawat darurat. Studi kasus ini disajikan dalam laporan ilmiah yang bermanfaat dan instruktif.

DAFTAR PUSTAKA

- Aritonang, Y. A. (2020). The Effect of *Slow deep breathing* Exercise on Headache and Vital Sign in Hypertension Patients. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 8(2), 174-182.
- Aras, Djohan. 2013. Buku Ajar Mata Kuliah: Proses Dan Pengukuran Fisioterapi. Makassar: CV. Physio Sakti.
- Adrian, S. J. (2019). Hipertensi Esensial: Diagnosis dan Tatalaksana Terbaru pada Dewasa. *Cermin Dunia Kedokteran*, 46(3), 172-178.
- Angela, L. T., Nur, A., Cici, D., & La, R. W. (2018). The Effectiveness of *Slow deep breathing* to Decrease Blood Pressure in Hypertension: a Systematic Review.
- Anshari, Z. (2020). Komplikasi hipertensi dalam kaitannya dengan pengetahuan penderita terhadap hipertensi dan upaya pencegahannya. *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik*, 2(2), 54-61.
- Andri, J., Waluyo, A., Jumaiyah, W., & Nastashia, D. (2018). Efektivitas Isometric Handgrip Exercise dan *Slow deep breathing* Exercise terhadap Perubahan Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi.
- Barral, JP., Marcier, P., 2005. Visceral manipulation, Revised Edition, Florida
- Benetos, A., Petrovic, M., & Strandberg, T. (2019). Manajemen hipertensi pada penderita yang lebih tua dan lemah. *Penelitian sirkulasi*, 124 enelitian sirkulasi, 124 (7), 1045-1060.
- Bolon, C. M. T., Siregar, D., Kartika, L., Supinganto, A., Manurung, S. S. Sitanggang, Y. F., & Noradina, N. (2020), *Anatomi dan Fisiologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yayasan Kita Menulis.
- Chindy, N. S., S. Isti and T. L. Nugraheni (2019). Hubungan Asupan Natrium Kalium Dan Lemak Dengan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Rawat Jalan Di Puskesmas Mlati 1, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Darwis, d. Pengaruh kombinasi progressive muscle relaxation dan deep breathing thing relaxation terhadap perubahan tekanan darah.
- Dewi, L. R., A. S. M. Leni and D. L. Romadhoni (2020). *Moming Exercise* Universitas Muhammadiyah Gombong

Dan Deep Deep Breathing Exercise Untuk Mengatasi Hipertensi Pada Lansia, Universitas Aisyiyah Surakarta.

Setiyowati, E. E. & Atmodjo, S. (2019). Hubungan Kontrasepsi Hormonal Dengan kejadian Hipertensi Pada Wanita di Indonesia (Analisis Data IFLS 5 tahun 2014). Jurnal Dunia Kermas, (1).

Faizah, M. N. (2015). Identifikasi gen angiotensin converting enzyme (ACE) insersi/delesi (I/D) pada penderita hipertensi di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim.

Fitriyah, R., Fernandez, G. V., Samudera, W. S., Arifin, H., & Wulandari, S. M. (2019). Deep Breathing Relaxation for Decreasing Blood Pressure in People with Hypertension. Jurnal mal Ners, Ners, 14(3), 141-145.

Anonim, guideline for for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines." Journal of the American College of Cardiology 71(19): e127-e248.

Garwahasada, E., & Wirjatmadi, R. B. (2020). Hubungan Jenis Kelamin, Perilaku Merokok, Aktivitas Fisik Dengan Hipertensi Pada Pegang Corretion of Sex, Smoking Habit, Physical Activity and Hypertension among Offi ce Employee).

Hartanti, R. D., D. P. Wardana and R. A. Fajar (2016). "Terapi relaksasi napas dalam menurunkan tekanan darah penderita hipertensi." Jurnal Ilmiah Kesehatan 9(1): 97268.

Hoesny, R., Alim, Z., & Darmawati, D. (2019). The Effect of Deep Breathing Therapy on the Blood Pressure of Hypertension Patients in Health Centre. Journal of Health Science and Prevention, J(35), 127-130

Juwita, L. and E. Efriza (2018). "Pengaruh Nafas Dalam Terhadap Tekanan Darah pada Penderita Hipertensi." Real in Nursing Journal 1(2): 51- 59.

Kholidatin, Y. (2017). Hubungan Kecemasan Dengan Kualitas Tidur Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas Jati Kabupaten Kudus, Universitas Muhammadiyah Semarang.

Mahtani, K. R. et al. (2016) "Device-Guided Breathing for Hypertensions Summary Evidence Review, Current Hypertension Reports, 18(4) doi:

10.1007/s11906-016-0631-2

Martini FH. 2001. Fundamentals of anatomy and physiology, Fifth Edition
Upper Sadle River, New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Purwandari, K. P. (2018). Efektifitas Massage Panggung Untuk Mengurangi
Nyeri Kepala Pada Penderita Hipertensi. Jurnal Keperawatan Gsk, 5(2),
13-21.

Putri, P. J. Y. (2018). Pengaruh Pemberian Deep Breathing p Breathing
Exercise terhadap Saturasi Oksigen pada Penderita PPOK di IGD RSUD
Sanjiwani Gianyar Tahun 2018 (Doctoral dissertation, Jurusan
Keperawatan 2018).

Rahayu, D. and P. Santoso (2018). "Pengaruh Technique Relaksasi Pernapasan
Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi." Jurnal
Keperawatan 10(3): 149-155.

Rahayu, L. M. (2020). Gambaran Tekanan Darah Berdasarkan Faktor-Faktor
Yang Mempengaruhinya Pada Lansia Penderita Hipertensi di Sanan
Pelayanan Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia Garut (Doctoral dissertation).

Rahayu, L.. A.. (2018). Pengaruh Pemberian Deep Breathing Exercise
terhadap Arus Puncak Ekspirasi pada Penderita PPOK di IGD RSUD
Sanjiwani Gianyar tahun 2018 (Doctoral dissertation, Jurusan
Keperawatan 2018).

Sartika, A., A. Wardi and Y. Soflani (2018). "Perbedaan Efektivitas
Progressive Muscle Relaxation (PMR) dengan *Slow deep breathing*
Exercise (SDBE) terhadap Tekanan Darah Penderita Hipertusi." Jurnal
Keperawatan Silampari 2(1): 356-370,

Setiawan, B. (2017). Pengaruh Program Pengelolaan Penyakit Kronis
(Prolanis) Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus
Tipe lidi Puskesmas Banjardawa, Muhammadiyah University of
Semarang

Solehudin, R. H. (2019). Pengalaman Terapi Non Farmakologi Pada Klien
Dengan Hipertensi Primer, University of Muhammadiyah Malang

Suranti. Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Puskesmas
Andalas Kota Padang Tahun, 2016



LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penyusunan Proposal dan Hasil KIA Ners

No.	Keterangan	Apr 2025	Mei 2025	Jun 2025	juli 2025	Agu 2025	Sep 2025	Okt 2025	Nov 2025	Des 2025
1	Penentuan Tema									
2	Penyusunan Proposal									
3	Ujian Proposal									
4	Pengambilan Data Hasil Penelitian									
5	Penyusunan Hasil Penelitian									
4	Ujian Hasil Penelitian									

Lampiran 2 Hasil Cek Turnitin

	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG PERPUSTAKAAN Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412 Website : https://library.unimugo.ac.id/ E-mail : lib.unimugo@gmail.com
---	---

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sawiji, M.Sc
NIK : 96009
Jabatan : Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : "ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CER) DENGAN PEMBERIAN *SLOW DEEP BREATHING* DI RUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO".

Nama : Afif Abdilah Fauzi
NIM : 202403140
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Hasil Cek : 21%

Gombong, 6 Februari 2026

Mengetahui,
Pustakawan Kepala UPT Perpustakaan, Multimedia, SIM, dan IT

(Dwi Sunlariyati...)
(Sawiji, M.Sc)

Lampiran 3 Jadwal Kegiatan

Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi *Slow deep breathing*

Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi <i>Slow deep breathing</i>	
1	2
Pengertian	Suatu bentuk asuhan keperawatan berupa teknik bernapas secara lambat, dalam, dan rileks, yang dapat memberikan respon relaksasi.
Tujuan	Meningkatkan dan mengontrol pertukaran gas, untuk mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktifitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, tidak terkoordinasi, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas.
Persiapan	1) Memberi tahu dan menjelaskan kepada pasien dan keluarga prosedur yang akan dilakukan 2) Menjaga privasi klien 3) Menciptakan suasana nyaman
Pelaksanaan	1) Meminta pada pasien agar rileks dan tenang. Tubuh dalam posisi yang nyaman dan menyenangkan bagi pasien, misalnya: duduk di kursi dengan sandaran atau berbaring di tempat tidur dengan menggunakan bantal sebagai alas kepala. 2) Memastikan posisi tulang belakang pasien dalam keadaan lurus. Tungkai dan kaki tidak menyilang dan seluruh badan rileks (termasuk lengan dan paha). 3) Meminta pasien mengucapkan dalam hati bahwa dalam waktu 5 menit tubuh akan kembali stabil, tenang, dan rileks.

4) Meminta pasien meletakkan satu tangan pada abdomen perut) dan tangan yang lain pada dada. Lutut difleksikan (ditekuk) dan mata dipejamkan.

5) Meminta pasien mulai menarik napas dalam dan lambat melalui hidung sehingga udara masuk ke dalam paru-paru secara perlahan. Rasakan pergerakan abdomen akan mengembang dan minimalisir pergerakan dada. Inspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata/ungkapan pendek dalam hati, seperti: “Saya”. Kemudian menahan napas selama 3 detik.

6) Meminta pasien menghembuskan napas (ekspirasi) secara perlahan melalui mulut, dengan mengerutkan bibir seperti ingin bersiul (pursed lip breathing) dilakukan tanpa bersuara. Ekspirasi dapat dilakukan dalam hitungan 1..2..3..4..5..6.. sambil mengucapkan kata atau ungkapan pendek (frasa) dalam hati, seperti: “rileks atau tenang”. Jangan melakukan ekspirasi kuat karena dapat meningkatkan turbulensi di airway/jalan napas akibat bronchospasme. Saat ekspirasi, rasakan abdomen mengempis/datar sampai paru-paru tidak terisi dengan udara.

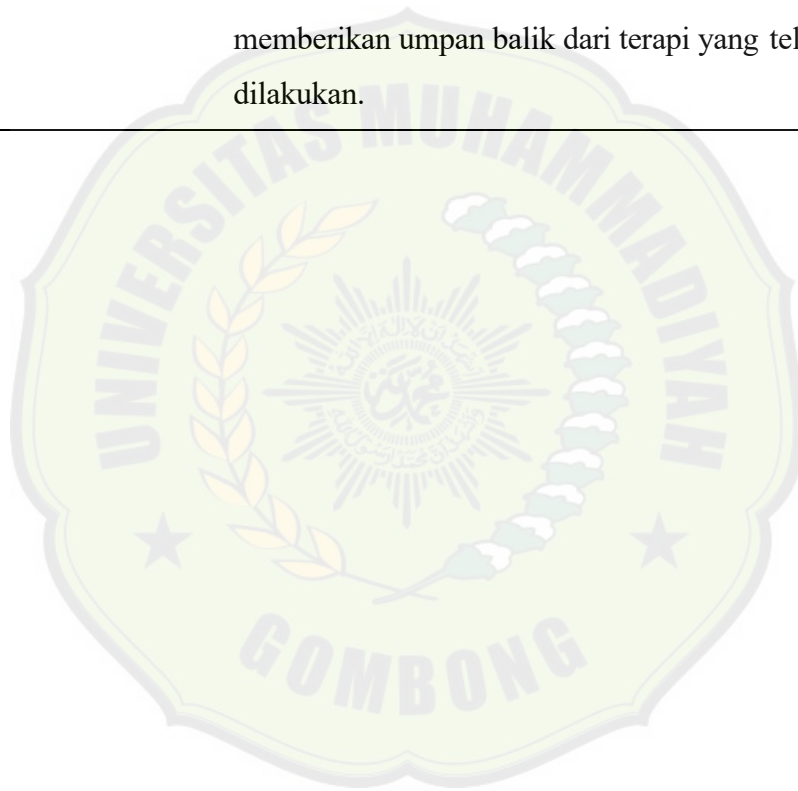
7) Meminta pasien mengulangi prosedur dengan menarik napas lebih dalam dan lebih lambat. Fokus dan rasakan tubuh benar-benar rileks. “Bayangkan sedang duduk di bawah air terjun atau shower dan air membasuh serta menghilangkan perasaan tegang, gelisah, cemas, dan pikiran mengganggu yang sedang dirasakan”. Prosedur dilakukan 15 menit selama 3 kali sehari atau kapanpun saat merasakan ketegangan. Untuk mengakhiri relaksasi napas dalam, secara perlahan-lahan

meminta pasien untuk melakukan stretching atau peregangan otot tangan, kaki, lengan dan seluruh tubuh.

- 8) Meminta pasien membuka mata perlahan-lahan dan nikmati seperti matahari terbit pada pagi hari dan mulai bernapas normal kembali. Duduk dengan tenang beberapa saat (selama 2 menit) kemudian melanjutkan aktivitas.

Evaluasi

- 1) Mengeksplorasi perasaan pasien.
 - 2) Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memberikan umpan balik dari terapi yang telah dilakukan.
-



Lampiran 4

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth Pasien di RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO.

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah Mahasiswa Keperawatan Program Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong :

Nama : Afif Abdilah Fauzi

NIM : 202403140

Saat ini sedang mengadakan penelitian dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN ***SLOW DEEP BREATHING*** DI RUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”.

Prosedur Penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko atau kerugian kepada responden. Kerahasiaan semua tindakan yang telah dilakukan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Atas Kerjasamanya, saya mengucapkan terimakasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Peneliti

Afif Abdilah Fauzi

(.....)

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Inform Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Tempat, Tanggal Lahir :

Usia :

Hbungan dengan pasien :

Menyatakan bersedia dan setuju menjadi subjek studi kasus yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN MASALAH NYERI AKUT PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN PEMBERIAN ***SLOW DEEP BREATHING*** DI RUANG IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO”. yang diteliti oleh:

Nama : Afif Abdilah Fauzi

NIM : 202403140

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Purwokerto, 18 nov 2025

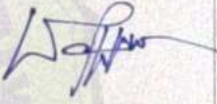
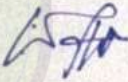
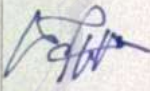
Lampiran 6 Lembar Bimbingan

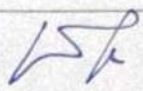
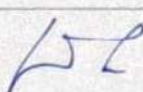
FORMAT KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Afif Abdilah Fauzi

NIM : 202403140

Pebimbing : Ns. Barkah Waladani, M. Kep

Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan saran pebimbing	Tanda Tangan Mahasiswa	Paraf Pebimbing
Kamis 22 mei 2025	Konsul judul KIA-N, Acc Judul KIA-N		
Jumat, 30 mei 2025	Konsul BAB 1 KIA-N		
Rabu, 16 juli 2025	Revisi BAB 1 KIA-N Acc BAB 1 Dan lanjut BAB II Dan BAB III KIA-N		
Selasa 22 juli 2025	Konsul BAB II Dan BAB III KIA-N		
Selasa, 29 juli 2025	Konsul dan revisi BAB II Dan BAB III KIA-N		
Jumat 1 agustus 2025	Konsul dan revisi BAB II Dan BAB III KIA-N Lulus turnitin Dan Acc Sidang Proposal		

Selasa, 3 Febuari 2025	Konsul dan revisi BAB IV Dan BAB V KIAN		
Rabu, 5 Febuari 2025	Konsul dan revisi BAB IV Dan BAB V KIAN ACC		

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Pendidikan
Profesi Ners Program
Profesi



(Ns. Wuri Utami, M. Kep)

Lampiran 7 Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan

Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan

Inovasi tindakan keperawatan Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing pada pasien cedera kepala ringan yang mengalami nyeri akut yaitu: Tabel 4.1 Hasil penerapan tindakan keperawatan Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing pada pasien cedera kepala ringan dengan masalah keperawatan nyeri

as il pen gkaj ian skal	NAMA / INISIAL H	SKOR NYERI SEBELUM TERAPI	SKOR NYERI SESUDAH TERAPI
	Pasien 1	6	3
	Pasien 2	6	4
	Pasien 3	6	4
	Pasien 4	6	4
	Pasien 5	6	4

a nyeri didapatkan hasil penatalaksanaan nyeri akut pada pasien cedera kepala ringan dengan terapi Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing mampu mengurangi skala nyeri.



FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 28/11/2025 Jam 12.30 WIB

No RM : 33xxxx

Keluhan Utama : Nyeri kepala (trauma kepala)

Nama : Tn.S

Anamnesa : pasien datang ke IGD dalam keadaan sadar dengan keluhan dengan

Tanggal Lahir : 10-05-1983

Jenis Kelamin : L

mengeluh nyeri kepala bagian

belakang setelah kecelakaan sepeda

motor tunggal.

Pasien juga mengatakan merasa lemas dan lecet-lecet pada bagian tangan. pasien tampak menahan nyeri, pasien tampak meringis kesakitan, dan sesekali memegang area kepala yang nyeri, terdapat luka robek sekitar 3 cm di kepala belakang tanpa perdarahan aktif, lecet-lecet di tangan kiri,

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya Tidak pernah dirawat dirumah sakit karena sakit

Riwayat Penyakit Keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit yang menular dan menurun

PRIMARY SURVEY

Airways

☐ Paten ☒ Tidak Paten ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas 24 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☒ Ya ☐ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : ☒ 140/97 mmHg Nadi : ☒ Teraba 105x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya $\pm$ 150 cc Lokasi Perdarahan : kepala ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine.....cc

Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 6 M 5 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak Motorik ☒ Ya ☐ Tidak

kekuatan otot
5 5
5 5

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : terdapat robekan pada kepala belakang 3 cm, lecet pada tangan kiri

Provokatif/Paliatif : nyeri semakin bertambah jika bergerak

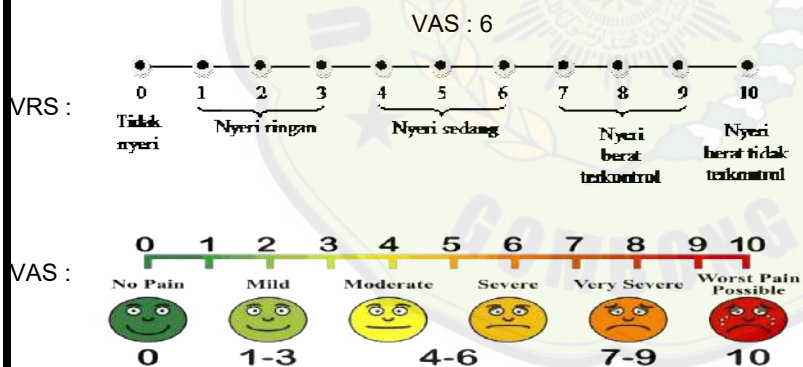
Qualitas : nyeri seperti ditusuk tusuk

Regio/Radiation : di bgian kepala belakang

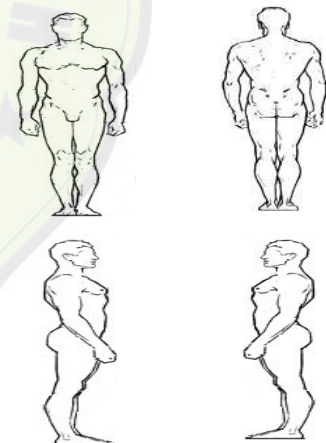
Scale/Severity : skala nyeri 6

Time : hilang timbul

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak



Lokasi Nyeri



Luka : ☒ Ya, Lokasi kepala kiri bagian ☐ Tidak
Resiko Dekubitus : ☐ belakang Ya ☒ Tidak

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.4 °C Suhu Rectal.....°C

Berat Badan : 75 kg

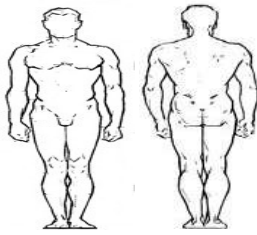
Pemeriksaan Penunjang

EKG : sinus bradycardi HR 64 x/menit

GDA :

Radiologi :

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : bentuk mesocephal, beruban dan sedikit kotor, ada jejas di kepala bagian belakang luka robekan $\pm$ 3cm

Leher : tidak ada peningkatan JVP

Dada : paru – paru : I : simetris, terdapat retraksi dinding dada,

P: pengembangan dada

teraba simetris P: sonor

A: wheezing

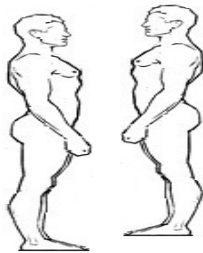
Jantung: I : ictus cordis tidak tampak

P: ictus cordis ti

dak teraba P:

redup

A: S1- S2 reguler, tidak ada suara jantung tambahan



Perut : I: perut cembung,
tidak ada luka A:
bising usus
20x/menit
P: tidak ada
nyeri tekan
P: timpani

Ekstremitas : (*atas*) tidk terdapat edema, terpasang infus RL 20 tpm pada ektremitas sebelah kanan (*bawah*) tidak terdapat edema

Genitalia : tidak terpasang selang DC

1) Laboratorium dan diagnostic

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Satuan	Kesimpulan
1	Hemoglobin	13,2-17,3	14,5	g/dL	Normal
2	Eritrosit	4,40-5,90	5,12	$10^6/u$ L	Normal
3	Trombosit	150-400	194	$10^3/u$ L	Normal
4	Leukosit	3,8-10,6	10,6	$10^3/u$ L	Normal
4	Ureum	10-50	33	mg/dL	Normal
5	Creatin	0,60-1,10	1,1	mg/dL	normal

6	SGOT	0-50	24	U/L	Normal
7	SGPT	0-50	17	U/L	Normal
8	Gd sewaktu	70-116	130	g/dl	Tinggi
9	Diff count :LYM	1-4,8	1,15	$10^3/\text{ul}$	normal
10	monosit	0-0,8	0,17	$10^3/\text{ul}$	tinggi
11	netrofil	50-70	85,4	$10^3/\text{ul}$	Normal
12	eosenofil	1-5	1,4	$10^3/\text{ul}$	Normal
13	basofil	0-1	0,8	$10^3/\text{ul}$	Normal
14	Netrofil limfosit	0-3,13	7,9	rasio	Normal

NO	Jenis obat	Dosis	Waktu pemberian	Indikasi
1	Infus RL	20 TPM		Untuk Hidrasi cairan
2	Inj Ketorolac	30 mg	3 x 1	Untuk anti nyeri
3	Ranitidin	40 mg	2x1	Antemetik
4	Piracetam	50 mg	3x1	antiperdarahan
5	Inj Ondancetron K/P	40 mg	3 x 1	Anti muntah

Hasil pemeriksaan penunjang

NO	Jenis pemeriksaan	kesan
1	Ronsen Thorak	Tak tampak fraktur calvaria
2	EKG	Sinus Ritme

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	MEKANISME	DIAGNOSA KEP
	Ds/Do				P+ E+ S/ P+ E
1	DS: nyeri kepala,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala 6 T:terus menerus DO: pasien tampak memegang kepala,tampak luka ,tampak hematom dikepala belakang , Td : 140/97mmhg N:105x/menit S:36,4 RR:23x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	agen pencedera fisiologis ↓ kerusakan sel pelepasan mediator nyeri (histamin,bradikinin,serotinin) ↓ merangsang reseptor nyeri ↓ dihantarkan serabut tipe A dan tipe C ke medula spinalis ↓ kortek somasensorik ↓ persepsi nyeri ↓ nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (D.0077) bd agen pencedera fisik

Intervensi

No	Dx kep	Kode Diagnosa	Kriteria hasil	Intervensi																								
1	Nyeri akut	D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKI. L.08066) <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2</td><td>meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	No	Indikator	Awal	Tujuan	1	Keluhan nyeri	2	4	2	meringis	3	5	3	Sikap protektif	2	4	4	Kesulitan tidur	2	4	5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4	- manajemen nyeri (SIKI. I 08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi,karkteristik,durasi,frekuensi,kualitas,inte nsitas nyeri 2. Idenfitifikasi skala nyeri 3.identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5.identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8.Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaayan,kebisingan) 3. fasilitasi istirahat dan tidur
No	Indikator	Awal	Tujuan																									
1	Keluhan nyeri	2	4																									
2	meringis	3	5																									
3	Sikap protektif	2	4																									
4	Kesulitan tidur	2	4																									
5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4																									

6	muntah	2	4		4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
7	Ketegangan otot	2	4		
1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun					Edukasi: 1.jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.kolaborasi pemberian anlagetik

Implementasi

Tanggal 28 Oktober 2025

Tgl	Dx keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
28/10/ 2025	Nyeri akut	15.30	mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Pasien kooperatif: P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala 6 T:hilang timbul	
		16.35	mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien kooperatif	
		17.00	mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Pasien kooperatif	
		17.30	mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Pasien kooperatif	

		18.00	memonitor efek samping penggunaan analgetik	Pasien kooperatif	
		18.30	memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll)	Pasien kooperatif KU : tenang TD :120/82 mmHg, Nadi: 90 x/menit Suhu : 36,4°C RR : 24x/menit	
		17.00	mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) memfasilitasi istirahat dan tidur	pasien kooperatif ,ruangan sepi penunggu pasien 1 orang	
		17.30	Edukasi: 1.menjelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien dan keluarga kooperatif mendengarkan penjelasan perawat	

EVALUASI

Tanggal 28 Oktober 2025

No	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf																								
Dx 1	28/10 /25 17.10	S: nyeri kepala,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : cekot cekot / sniut snut R : kepala S: skala 3 T:hilang timbul O: pasien tampak memegang kepala,tampak hematom dikepala belakang atas,meringis ketika dicoba duduk, pasien tampak lebih tenang Td : 120/90mmhg N:84x/menit S:36,7 RR:20x/menit A: Masalah nyeri akut belum teratasi	<i>Afif</i>																								
		<table> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>Awal</th><th>Hasil</th><th>Tujuan</th></tr> <tr> <td>1.Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2. meringis</td><td>3</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. Sikap protektif</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>4. Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan	1.Keluhan nyeri	2	3	4	2. meringis	3	2	5	3. Sikap protektif	2	3	4	4. Kesulitan tidur	2	3	4	5. Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	3	4	
Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan																								
1.Keluhan nyeri	2	3	4																								
2. meringis	3	2	5																								
3. Sikap protektif	2	3	4																								
4. Kesulitan tidur	2	3	4																								
5. Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	3	4																								

		6.muntah				
		7.ketegangan otot	2	3	4	
			2	3	4	
		1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun P: lanjutkan intervensi 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 keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 9. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromaterapi,kompres hangat/dingin dll) 10. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (				

		suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) 11.fasilitasi istirahat dan tidur	
--	--	---	--





FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 30/10/2025 Jam 07.20 WIB

No RM : 23xxx

Keluhan Utama : Nyeri kepala (trauma kepala)

Nama : Tn. Y

Anamnesa : pasien datang ke IGD dalam keadaan sadar dengan keluhan habis jatuh dan mengeluh nyeri kepala bagian depan, sedikit pusing, kaki luka- luka, dan badan terasa nyeri terutama bagian kepala.

Tanggal Lahir : 16-10-1988

Jenis Kelamin : ☒ L ☐ P

kamar mandi dan ada luka di kepala, perdarahan mengalir terus menurun. Luka $\pm$ 3cm, dilakukan heacting dan dep kassa untuk menghentikan perdarahan, terpasang IVFD RL

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya Tidak pernah dirawat dirumah sakit karena sakit

Riwayat Penyakit Keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit yang menular dan menurun

PRIMARY SURVEY

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas 24x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☒ Ya ☐ Tidak

Sianosis : Ya ☐ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 128/88 mmHg ☒ Nadi : ☒ Teraba 88 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya $\pm$ 300 cc Lokasi Perdarahan : kepala ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine.....cc

Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 6 M 5 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak kekuatan 55
Motorik ☒ Ya ☐ Tidak otot 5 | 5

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : nyeri bagian kepala depan, kedua kaki luka

Provokatif/Paliatif : nyeri semakin bertambah jika bergerak

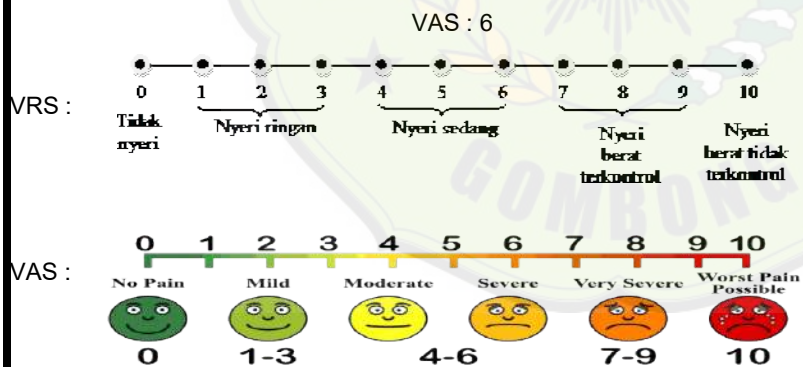
Qualitas : nyeri cekot-cekot, tusuk

Regio/Radiation : di sebelah bagian kepala

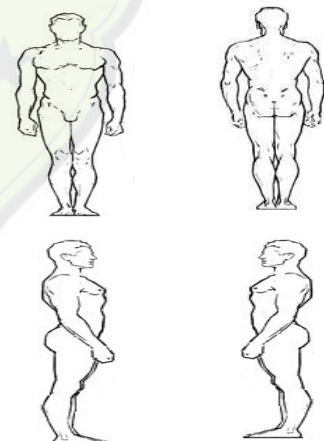
Scale/Severity : skala nyeri 6

Time : terus - menerus

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak



Lokasi Nyeri



Luka : ☐ Ya, Lokasi kepala kiri bagian ☐ Tidak
Resiko Dekubitus : ☐ belakang Ya ☒ Tidak

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.4 °C Suhu Rectal..... °C

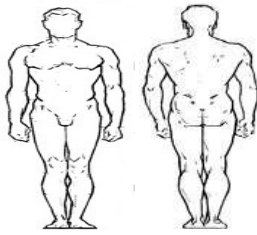
Berat Badan : 73 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG : sinus bradycardi HR 64 x/menit

GDA :

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : bentuk mesocephal, beruban dan sedikit kotor, ada jejas di kepala depan luka robekan $\pm$ 4cm

Leher : tidak ada peningkatan JVP

Dada : paru – paru : I : simetris, terdapat retraksi dinding dada,

P: pengembangan dada

teraba simetris P: sonor

A: wheezing

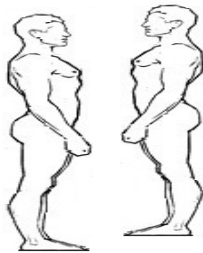
Jantung: I : ictus cordis tidak tampak

P: ictus cordis ti

dak teraba P:

redup

A: S1- S2 reguler, tidak ada suara jantung tambahan



Perut : I: perut cembung, tidak ada luka A: bising usus 20x/menit P: tidak ada nyeri tekan P: timpani

Ekstremitas : (*atas*) tidk terdapat edema, terpasang infus RL 20 tpm pada ektremitas sebelah kanan (*bawah*) tidak terdapat edema

Genitalia : tidak terpasang selang DC

PROGRAM TERAPI

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	RL	250 cc loading	Menambahkan cairan elektrolit kedalam tubuh
2	Ketorolac (injeksi)	30 mg	Meredakan rasa nyeri
3	Ceftriaxone	1gr	Mencegah infeksi bakteri

Laboratorium dan diagnostic

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Satuan	Kesimpulan
1	Hemoglobin	13,2-17,3	14,6	g/dL	Normal
2	Eritrosit	4,40-5,90	5,12	$10^6/u$ L	Normal
3	Trombosit	150-400	194	$10^3/u$ L	Normal
4	Leukosit	3,8-10,6	10,6	$10^3/u$ L	Normal
4	Ureum	10-50	33	mg/dL	Normal

5	Creatin	0,60-1,10	1,1	mg/dL	normal
6	SGOT	0-50	24	U/L	Normal
7	SGPT	0-50	17	U/L	Normal
8	Gd sewaktu	70-116	130	g/dl	Tinggi
9	Diff count :LYM	1-4,8	1,15	$10^3/ul$	normal
10	monosit	0-0,8	0,17	$10^3/ul$	tinggi
11	netrofil	50-70	32,4	$10^3/ul$	Normal
12	eosenofil	1-5	1,4	$10^3/ul$	Normal
13	basofil	0-1	0,4	$10^3/ul$	Normal
14	Netrofil limfosit	0-3,13	7,9	rasio	Normal

Hasil pemerksaan penunjang

NO	Jenis obat	Dosis	Waktu pemberian	Indikasi
1	Infus Ns 0,9 %	20 TPM		Untuk Hidrasi cairan
2	Inj Ceftriaxon	1000 mg	2 x 1	Untuk antibiotik
3	Ranitidin	40 mg	2x1	Antemetik
4	Kalnex	250 mg	3x1	antiperdarahan
5	Inj Ondancetron K/P	40 mg	3 x 1	Anti muntah
6	Vit K	10 mg	3x1	Memenuhi kebutuhan vit K
7	Tramadol drip	1000mg	2x1	antinyeri

NO	Jenis pemerksaan	kesan
1	Ronsen Thorak	Tak tampak fraktur
2	EKG	Sinus Ritme

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	MEKANISME	DIAGNOSA KEP
	Ds/Do				P+ E+ S/ P+ E
1	DS: nyeri kepala depan ,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditusuk tusuk R :kepala depan S:skala 6 T: terus menurun DO: pasien tampak memegang kepala,meringis, ,tampak hematoma dikepala belakang kanan, Td : 128/88mmhg N:88x/menit S:36,5 RR:24x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	agen pencedera fisik ↓ kerusakan sel ↓ pelepasan mediator nyeri (histamin,bradikinin,serotinin) ↓ merangsang reseptor nyeri ↓ dihantarkan serabut tipe A dan tipe C ke medula spinalis ↓ kortek somasensorik ↓ persepsi nyeri nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa Keperawatan

1.Nyeri akut (D.0077) bd agen pencedera fisik

Intervensi

No	Dx kep	Kode Diagnosa	Kriteria hasil	Intervensi																								
1	Nyeri akut	D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKI. L.08066) <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2</td><td>meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	No	Indikator	Awal	Tujuan	1	Keluhan nyeri	2	4	2	meringis	3	5	3	Sikap protektif	2	4	4	Kesulitan tidur	2	4	5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4	- manajemen nyeri (SIKI. I 08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi,karkteristik,durasi,frekuensi,kualitas,inte nsitas nyeri 2. Idenfitifikasi skala nyeri 3.identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5.identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8.Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) 3.fasilitasi istirahat dan tidur
No	Indikator	Awal	Tujuan																									
1	Keluhan nyeri	2	4																									
2	meringis	3	5																									
3	Sikap protektif	2	4																									
4	Kesulitan tidur	2	4																									
5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4																									

			6	muntah	2	4		4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			7	Ketegangan otot	2	4		Edukasi: 1.jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
			1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun					Kolaborasi: 1.kolaborasi pemberian analgetik

Implementasi

Tanggal 30 Oktober 2021

Tgl	Dx keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
30/10/ 2025	Nyeri akut	15.30	mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Pasien kooperatif: P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditusuk tusuk R :kepala belakang S:skala 4 T:hilang timbul	<i>Aff</i>
		16.35	mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien kooperatif	
		17.00	mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Pasien kooperatif	
		17.30	mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Pasien kooperatif	
		18.00	memonitor efek samping penggunaan analgetik	Pasien kooperatif	

		18.30	memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll)	Pasien kooperatif KU : tenang TD :120/82mmHg, Nadi: 90 x/menit Suhu : 36,4°C RR : 24x/menit	
		17.00	mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahaya,kebisingan) memfasilitasi istirahat dan tidur	pasien kooperatif ,ruangan sepi penunggu pasien 1 orang	
		17.30	Edukasi: 1. menjellaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2. menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien dan keluarga kooperatif mendengarkan penjelasan perawat	

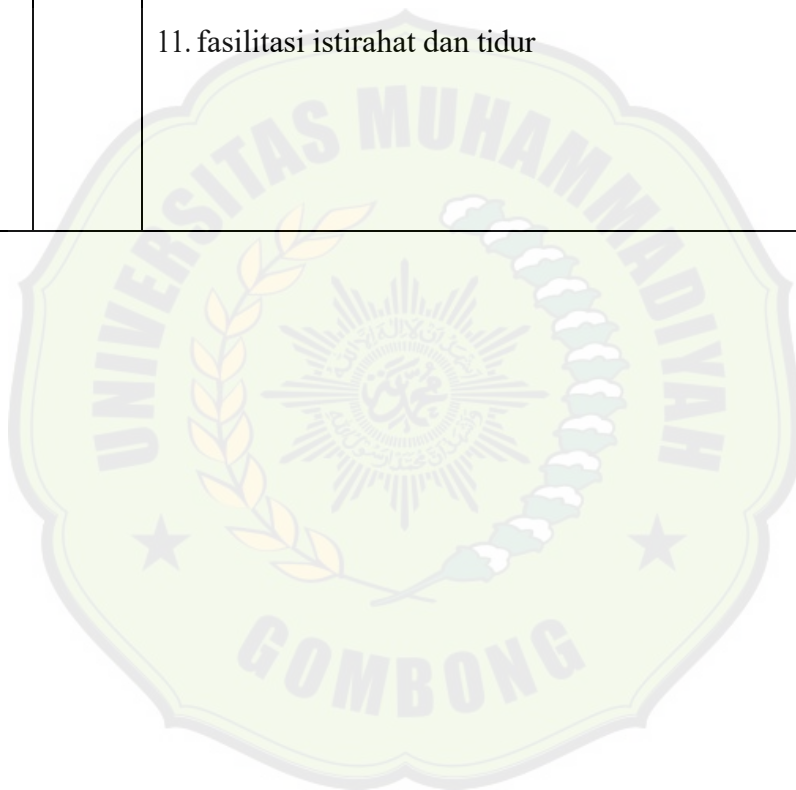
EVALUASI

Tanggal 30 Oktober 2025

No	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf																								
Dx 1	30/10 /25 17.10	S: nyeri kepala,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : cekot cekot / sniut snut R : kepala S: skala 4 T:hilang timbul O: pasien tampak memegang kepala,tampak luka di kepala depan,tampak hematom dikepala depan,meringis ketika dicoba duduk Td : 120/90mmhg N:84x/menit S:36,7 RR:20x/menit A: Masalah nyeri akut belum teratasi <table> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>Awal</th><th>Hasil</th><th>Tujuan</th></tr> <tr> <td>1.Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2. meringis</td><td>3</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. Sikap protektif</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>4. Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5. Perasaan takut mengalami cedera</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan	1.Keluhan nyeri	2	3	4	2. meringis	3	2	5	3. Sikap protektif	2	3	4	4. Kesulitan tidur	2	3	4	5. Perasaan takut mengalami cedera	2	3	4	
Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan																								
1.Keluhan nyeri	2	3	4																								
2. meringis	3	2	5																								
3. Sikap protektif	2	3	4																								
4. Kesulitan tidur	2	3	4																								
5. Perasaan takut mengalami cedera	2	3	4																								

		berulang 6.muntah 7.ketegangan otot	2 2	3 3	4 4		
		1=Meningkat 2=Cukup Meningkatkan 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun P: lanjutkan intervensi 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 keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.					

		7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 9. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 10. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaayaan,kebisingan) 11. fasilitasi istirahat dan tidur	
--	--	---	--





FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 02/11/2025 Jam 08.00 WIB

No RM : 25xxxx

Nama : Nn.I

Tanggal Lahir : 22-12-2005

Jenis Kelamin : P

Keluhan Utama : Nyeri kepala (trauma kepala)

Anamnesa : pasien datang ke IGD dalam keadaan sadar dengan keluhan habis jatuh mengeluh bagian dahi berdarah, satu gigi depan patah, tangan dan kaki terdapat luka ringan, dan badan terasa nyeri terutama bagian kepala.

Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila anggota tubuh digerakkan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri terasa diseluruh badan terutama bagian kepala, nyeri dengan skala 6, nyeri dirasakan terus-menerus.

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit karena sakit saraf kejepit

Riwayat Penyakit Keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit yang menular dan menurun

PRIMARY SURVEY

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas 24 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☒ Ya ☐ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 130/85 mmHg ☒ Nadi : ☒ Teraba 97 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya $\pm$ 300 cc Lokasi Perdarahan : kepala ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : Turgor : LEMBAB

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine cc

Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 6 M 5 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak kekuatan 5 | 5
Motorik ☒ Ya ☐ Tidak otot 5 | 5

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : Nyeri dibagian dahi

Provokatif/Paliatif : nyeri semakin bertambah jika bergerak

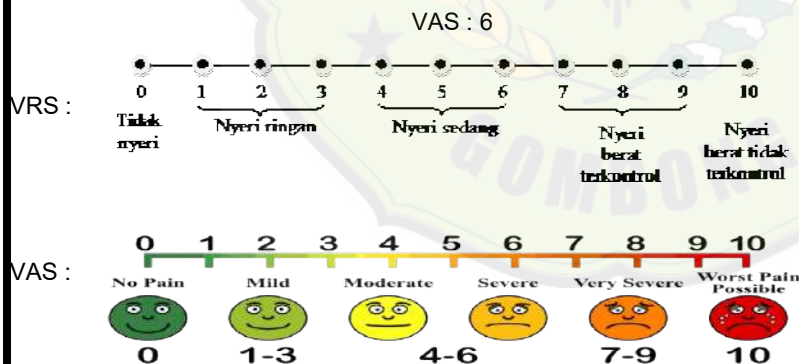
Qualitas : nyeri cekot-cekot

Regio/Radiation : di sebelah dahi

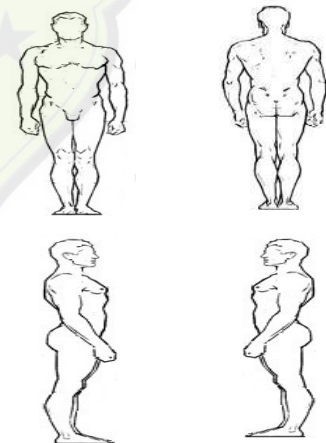
Scale/Severity : skala nyeri 6

Time : terus - menerus

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak



Lokasi Nyeri



Luka : ☒ Ya, Lokasi kepala kiri bagian ☐ Tidak
Resiko Dekubitus : ☐ belakang Ya ☒ Tidak

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.2 °C Suhu Rectal..... °C

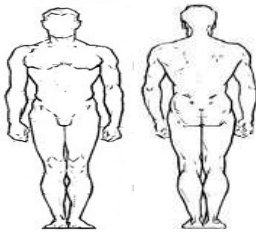
Berat Badan : 56 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG : sinus bradycardi HR 64 x/menit

GDA :

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : bentuk mesocephal, beruban dan sedikit kotor, ada jejas di kepala sebelah bagian dahi

Leher : tidak ada peningkatan JVP

Dada : paru – paru : I : simetris, terdapat retraksi dinding dada,

P: pengembangan dada

teraba simetris P: sonor

A: wheezing

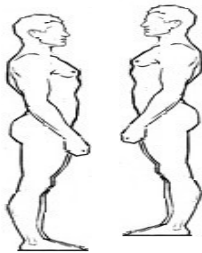
Jantung: I : ictus cordis tidak tampak

P: ictus cordis ti

dak teraba P:

redup

A: S1- S2 reguler, tidak ada suara jantung tambahan



Perut : I: perut cembung,
tidak ada luka A:
bising usus
20x/menit
P: tidak ada
nyeri tekan
P: timpani

Ekstremitas : (*atas*) tidk terdapat edema, terpasang infus RL 20 tpm pada ektremitas sebelah kanan (*bawah*) tidak terdapat edema

Genitalia : tidak terpasang selang DC

13) Laboratorium dan diagnostic

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Satuan	Kesimpulan
1	Hemoglobin	13,2-17,3	15,3	g/dL	Normal
2	Eritrosit	4,40-5,90	5,12	$10^6/u$ L	Normal
3	Trombosit	150-400	157	$10^3/u$ L	Normal
4	Leukosit	3,8-10,6	96	$10^3/u$ L	Normal
4	Ureum	10-50	33	mg/dL	Normal
5	Creatin	0,60-1,10	1,1	mg/dL	normal

6	SGOT	0-50	24	U/L	Normal
7	SGPT	0-50	17	U/L	Normal
8	Gd sewaktu	70-116	130	g/dl	Tinggi
9	Diff count :LYM	1-4,8	1,15	10 ³ /ul	normal
10	monosit	0-0,8	0,17	10 ³ /ul	tinggi
11	netrofil	50-70	85,4	10 ³ /ul	Normal
12	eosenofil	1-5	1,4	10 ³ /ul	Normal
13	basofil	0-1	0,8	10 ³ /ul	Normal
14	Netrofil limfosit	0-3,13	7,9	rasio	Normal

NO	Jenis obat	Dosis	Waktu pemberian	Indikasi
1	Infus RL	20 TPM		Untuk Hidrasi cairan
2	Inj Ketorolac	30 mg	3 x 1	Untuk anti nyeri
3	Ranitidin	40 mg	2x1	Antemetik
4	cefadroxil	500 mg	3x1	antibiotik
5	Inj Ondancetron K/P	40 mg	3 x 1	Anti muntah

NO	Jenis pemeriksaan	kesan
1	Ronsen Thorak	Tak tampak fraktur calvaria
2	EKG	Sinus takhikardi

ANALISA DATA

1.	DS: nyeri kepala dahi,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala6 T:terus menerus DO: pasien tampak memegang kepala,tampak luka di dahi , Td : 130/85mmhg N:97x/menit S:36,2 RR:24x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	agen pencedera fisik ↓ kerusakan sel pelepasan mediator nyeri (histamin,bradikinin,serotinin) ↓ merangsang reseptor nyeri ↓ dihantarkan serabut tipe A dan tipe C ke medula spinalis ↓ kortek somasensorik ↓ persepsi nyeri ↓ nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)
----	---	------------	----------------------	--	-----------------------

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (D.0077)

Intervensi

No	Dx kep	Kode Diagnosa	Kriteria hasil				Intervensi
1.	Nyeri akut	D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKI. L.08066)				- manajemen nyeri (SIKI. I 08238) 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 keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik:
			No	Indikator	Awal	Tujuan	
			1	Keluhan nyeri	2	4	
			2	meringis	3	5	
			3	Sikap protektif	2	4	
			4	Kesulitan tidur	2	4	

			5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4	1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) 3.fasilitasi istirahat dan tidur 4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1.jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.kolaborasi pemberian anlagetik
			6	muntah	2	4	
			7	Ketegangan otot	2	4	
			1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun				

Implementasi

Tanggal 02 November 2025

Tgl	Dx keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
02/11	Nyeri akut	17.10	Mengidentifikasi nyeri	Paien kooperatif	
/2025		17. 30	Mengajarkan terapi SELF	Paien kooperatif	
			Mengawasi TTV	Pasien kooperatif	
			Memebrikan oksigenasi dan mengatur posisi	Pasien kooperatif	
			Memberikan injeksi mengurangi nyeri	Pasien kooperatif	

EVALUASI

Tanggal 02 November 2025

No	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf												
Dx 1	02/11 /25 17.10	S: pusing masih ada O: ,luka didahi (3x1x1 cm) Td : 120/60 mmhg nadi 89x/menit acral hangat CRT < 2 detik Saturasi O2 98 % kesadaran CM Td : 120/90mmhg N:84x/menit S:36,7 RR:20x/menit A: Masalah perfusi cerebral belum teratasi <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>1</td><td>Tingkat kesadaran kognitif</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>Tekanan inta kranial: Sakit kepala/pusin g,gelisah,ke cemasan,agi</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	No	Indikator	Awal	Tujuan	1	Tingkat kesadaran kognitif	2	5	2	Tekanan inta kranial: Sakit kepala/pusin g,gelisah,ke cemasan,agi	3	5	
No	Indikator	Awal	Tujuan												
1	Tingkat kesadaran kognitif	2	5												
2	Tekanan inta kranial: Sakit kepala/pusin g,gelisah,ke cemasan,agi	3	5												

		tasi,demam			
	3	Nilai rata rata tekana darah : sistolik diastolik,refl ek saraf	2	4	
	1=Menurun 2=Cukup Menurun 3=Sedang 4=Cukup Meningkat 5=Meningkat P: lanjutkan intervensi Observasi : 1.identifikasi penyebab peningkatan tekanana intra kranial 2.monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intra kranial 3.monitor CVP,MAP,PAP,ICP,CPP 4.monitor status pernapasan 5.monitor intake output Terapeutik : 1.minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan				

	yang tenang. 2. berikan posisi semifowler 3. hindari manever valsava 4. cegah terjadinya kejang 5. hindari penggunaan PEEP 6. hindari pemberian cairan IV hipotonik 7. pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi : 1. kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan	
--	---	--



FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 05/11/2022 Jam 09.30 WIB

No RM : 29xxxx

Nama : Nn.P

Tanggal Lahir : 07-10-2004

Jenis Kelamin : L ☒ P

Keluhan Utama : Nyeri kepala (trauma kepala)

Anamnesa : pasien datang ke IGD dalam keadaan sadar dengan keluhan habis jatuh

mengeluh bagian kepala depan robek

dan kaki serta tangan lecet- lecet

karena terjatuh saat mengendarai

sepeda motor.

Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila anggota tubuh digerakkan, nyeri seperti cunat-cunat, nyeri terasa diseluruh tubuh terutama bagian kepala, nyeri dengan skala 6, nyeri dirasakan terus-menerus

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya Tidak pernah dirawat dirumah sakit karena sakit

Riwayat Penyakit Keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit yang menular dan menurun

PRIMARY SURVEY

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas 20 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☒ Ya ☐ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 128/75 mmHg Nadi : ☒ Teraba 95 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya $\pm$ 300 cc Lokasi Perdarahan : kepala ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : Turgor :

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 6 M 5 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak kekuatan 55
Motorik ☒ Ya ☐ Tidak otot 5

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : Nyeri dibagian bagian kepala atas

Provokatif/Paliatif : nyeri semakin bertambah jika bergerak

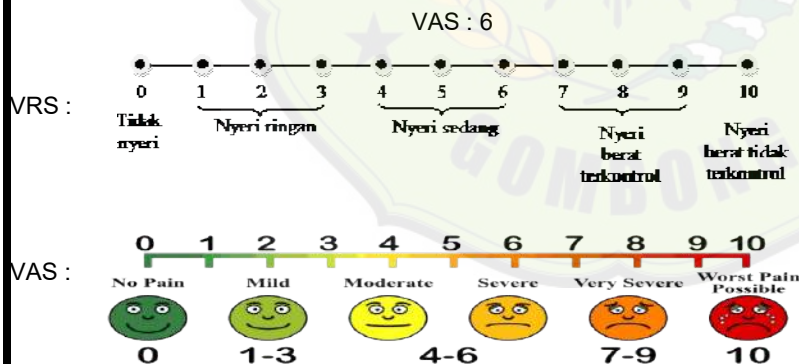
Qualitas : nyeri cekot-cekot

Regio/Radiation : di bagian kepala sebelah atas

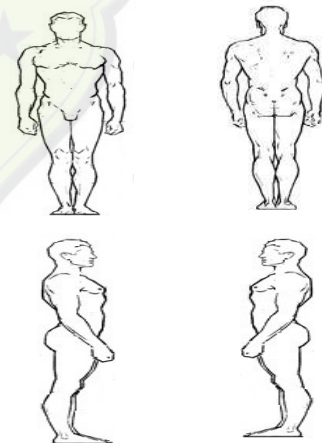
Scale/Severity : skala nyeri 6

Time : terus - menerus

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak



Lokasi Nyeri



Luka : ☐ Ya, Lokasi kepala kiri bagian ☐ Tidak
Resiko Dekubitus : ☐ belakang Ya ☒ Tidak

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.4 °C Suhu Rectal..... °C

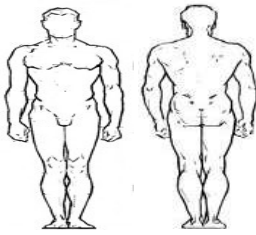
Berat Badan : 80 kg

Pemeriksaan Penunjang

EKG : sinus bradycardi HR 64 x/menit

GDA :

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : bentuk mesocephal, beruban dan sedikit kotor, ada jejas di kepala sebelah bagian atas luka robekan $\pm$ 3cm

Leher : tidak ada peningkatan JVP

Dada : paru – paru : I : simetris, terdapat retraksi dinding dada,

P: pengembangan dada

teraba simetris P: sonor

A: wheezing

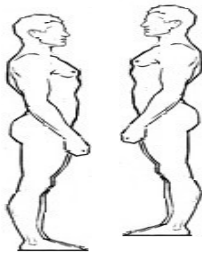
Jantung: I : ictus cordis tidak tampak

P: ictus cordis ti

dak teraba P:

redup

A: S1- S2 reguler, tidak ada suara jantung tambahan



Perut : I: perut cembung,
tidak ada luka A:
bising usus
20x/menit
P: tidak ada
nyeri tekan
P: timpani

Ekstremitas : (*atas*) tidk terdapat edema, terpasang infus RL 20 tpm pada ektremitas sebelah kanan (*bawah*) tidak terdapat edema

Genitalia : tidak terpasang selang DC

10) Laboratorium dan diagnostic

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Satuan	Kesimpulan
1	Hemoglobin	13,2-17,3	13,8	g/dL	Normal
2	Eritrosit	4,40-5,90	5,12	$10^6/u$ L	Normal
3	Trombosit	150-400	194	$10^3/u$ L	Normal
4	Leukosit	3,8-10,6	10,6	$10^3/u$ L	Normal
4	Ureum	10-50	50	mg/dL	Normal
5	Creatin	0,60-1,10	0,9	mg/dL	normal
6	SGOT	0-50	24	U/L	Normal

7	SGPT	0-50	17	U/L	Normal
8	Gd sewaktu	70-116	130	g/dl	Tinggi
9	Diff count :LYM	1-4,8	1,15	10 ³ /ul	normal
10	monosit	0-0,8	0,17	10 ³ /ul	tinggi
11	netrofil	50-70	85,4	10 ³ /ul	Normal
12	eosinofil	1-5	1,4	10 ³ /ul	Normal
13	basofil	0-1	0,8	10 ³ /ul	Normal
14	Netrofil limfosit	0-3,13	7,9	rasio	Normal

NO	Jenis obat	Dosis	Waktu pemberian	Indikasi
1	Infus RL	20 TPM		Untuk Hidrasi cairan
2	Inj Ketorolac	30 mg	3 x 1	Untuk anti nyeri
3	Ranitidin	40 mg	2x1	Antemetik
4	Piracetam	50 mg	3x1	antiperdarahan
5	Inj Ondancetron K/P	40 mg	3 x 1	Anti muntah

Hasil pemeriksaan penunjang

NO	Jenis pemeriksaan	kesan
1	Ronsen Thorak	Tak tampak fraktur
2	Ct scan	Subdural hematoma

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	MEKANISME	DIAGNOSA KEP
	Ds/Do				P+ E+ S/ P+ E
1	DS: nyeri kepala bagian atas,sampe sulit tidur P : nyeri akibat cedera kepala Q : nyut nyutan seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala6 T:hilang timbul DO: pasien tampak memegang kepala,meringis,gelisah,tegang,tampak luka di dahi kanan,tampak hematoma dikepala belakang atas, Td : 128/75mmhg N:95x/menit S:36,1 RR:24x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	agen pencedera fisik ↓ kerusakan sel pelepasan mediator nyeri (histamin,bradikinin,serotinin) ↓ merangsang reseptor nyeri ↓ dihantarkan serabut tipe A dan tipe C ke medula spinalis ↓ kortek somasensorik ↓ persepsi nyeri nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (D.0077) bd agen pencedera fisik

Intervensi

No	Dx kep	Kode Diagnosa	Kriteria hasil	Intervensi																								
1	Nyeri akut	D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKI. L.08066) <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2</td><td>meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	No	Indikator	Awal	Tujuan	1	Keluhan nyeri	2	4	2	meringis	3	5	3	Sikap protektif	2	4	4	Kesulitan tidur	2	4	5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4	- manajemen nyeri (SIKI. I 08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi,karkteristik,durasi,frekuensi,kualitas,inte nsitas nyeri 2. Idenfitifikasi skala nyeri 3.identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5.identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8.Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) 3.fasilitasi istirahat dan tidur
No	Indikator	Awal	Tujuan																									
1	Keluhan nyeri	2	4																									
2	meringis	3	5																									
3	Sikap protektif	2	4																									
4	Kesulitan tidur	2	4																									
5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4																									

6	muntah	2	4		4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
7	Ketegangan otot	2	4		
1=Meningkat 2=Cukup Meningkat 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun					Edukasi: 1.jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.kolaborasi pemberian analgetik

Implementasi

Tanggal 05 November 2025

Tgl	Dx keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
05/11/ 2025	Nyeri akut	15.30	mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Pasien kooperatif: P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala 5 T:terus menerus	
		16.35	mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien kooperatif	
		17.00	mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Pasien kooperatif	
		17.30	mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Pasien kooperatif	
		18.00	memonitor efek samping penggunaan analgetik	Pasien kooperatif	

		18.30	memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll)	Pasien kooperatif KU : tenang TD :128/75 mmHg, Nadi: 67 x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit	
		17.00	mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaayan,kebisingan) memfasilitasi istirahat dan tidur	pasien kooperatif ,ruangan sepi penunggu pasien 1 orang	
		17.30	Edukasi: 1. menjellaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2. menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien dan keluarga kooperatif mendengarkan penjelasan perawat	

EVALUASI

Tanggal 05 November 2025

No	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf					
Dx 1	05/11 /25 17.10	S: nyeri kepala,sulit tidur P : agencedera (kecelakaan) Q : cekot cekot / sniut snut R : kepala S: skala 4 T:hilang timbul O: pasien tampak memegang kepala,tampak luka di dahi kanan,tampak hematoma dikepala belakang atas,meringis ketika dicoba duduk A: Masalah nyeri akut belum teratasi						
		<table><tr><td>Kriteria Hasil</td><td>Awal</td><td>Hasil</td><td>Tujuan</td><td></td></tr></table>	Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan		
Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan					

		1.Keluhan nyeri	2	4	4		
		2. meringis	3	4	5		
		3. Sikap protektif	2	3	4		
		4. Kesulitan tidur	2	3	4		
		5. Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	3	4		
		6.muntah	2	3	4		
		7.ketegangan otot	2	3	4		
		1=Meningkat 2=Cukup Meningkatkan 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun P: lanjutkan intervensi 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 keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 9. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, aromaterapi, kompres hangat/dingin dll) 10. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. fasilitasi istirahat dan tidur	
--	--	---	--



FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 07/11/2025 Jam 07.30 WIB

No RM : 26xxxx

Keluhan Utama : Nyeri kepala (trauma kepala)

Nama : Tn.A

Anamnesa : pasien datang ke IGD dalam keadaan

Tanggal Lahir : 27-11-1992

sadar dengan keluhan habis jatuh

Jenis Kelamin : ☒ L

mengeluh bagian dahi berdarah,

tangan dan kaki luka ringan karena

kecelakaan lalu lintas saat menuju ke

kantor, badan terasa nyeri terutama

bagian kepala.

Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila anggota tubuh digerakkan, nyeri seperti

ditusuk-tusuk, nyeri terasa diseluruh badan terutama bagian kepala, nyeri dengan skala 6,

nyeri dirasakan terus-menerus.

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada

☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu : pasien sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit

Riwayat Penyakit Keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada penyakit yang menular dan menurun

PRIMARY SURVEY

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur

☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒

Vesikuler

☐

Bronchovesikuler

☐

Wheezing

☐

Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu

☐ Dyspnea

☐ Bradipnea

☐ Tachipnea

☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada

☐

☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada

☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas 20 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat

☐ Dingin

Pucat : ☒ Ya

☐ Tidak

Sianosis : ☐ Ya

☐ Tidak

CRT : ☒ <2 detik

☐ >2 detik

Tekanan Darah : 168/95 mmHg

Nadi : ☒ Teraba 64 x/m

☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya $\pm$ 200 cc Lokasi Perdarahan : kepala

☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar :

Diare

Muntah

Luka Bakar

Perdarahan

Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine.....cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 6 M 5 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik	☒ Ya	☐ Tidak	5	5
Motorik	☒ Ya	☐ Tidak	5	5
			otot	

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : Nyeri bagian dahi

Provokatif/Paliatif : nyeri semakin bertambah jika bergerak

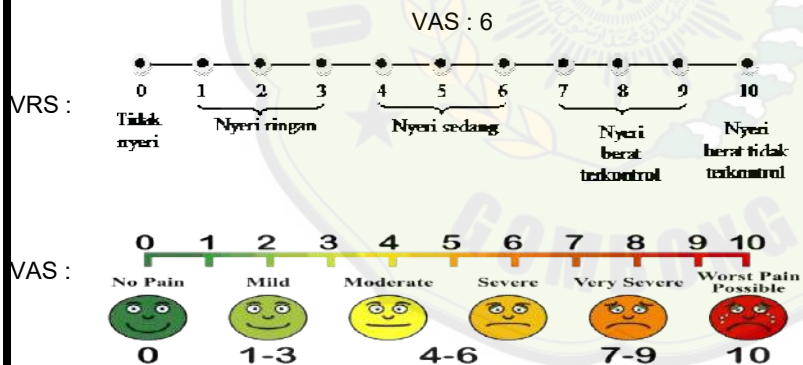
Qualitas : nyeri cekot-cekot

Regio/Radiation : di sebelah dahi

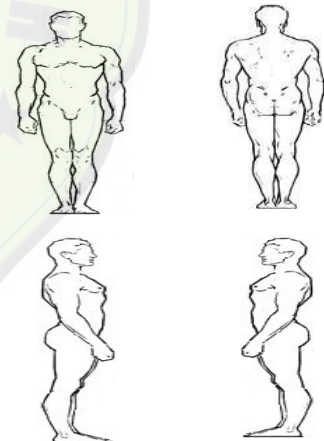
Scale/Severity : skala nyeri 6

Time : terus - menerus

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak



Lokasi Nyeri



Luka : ☒ Ya, Lokasi kepala kiri bagian ☐ Tidak
Resiko Dekubitus : ☐ belakang Ya ☒ Tidak

(arsir sesuai lokasi nyeri)

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.1 °C Suhu Rectal.....°C

Berat Badan : 80 kg

Pemeriksaan Penunjang

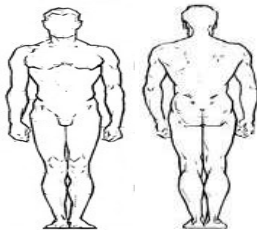
EKG : sinus bradycardi HR 64 x/menit

GDA :

Radiologi :

PRIMARY SURVEY

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : bentuk mesocephal, beruban dan sedikit kotor, ada jejas di kepala sebelah dahi bagian belakang luka robekan $\pm$ 4cm

Leher : tidak ada peningkatan JVP

Dada : paru – paru : I : simetris, terdapat retraksi dinding dada,

P: pengembangan dada

teraba simetris P: sonor

A: wheezing

Jantung: I : ictus cordis tidak tampak

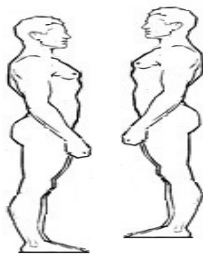
P: ictus cordis ti

dak teraba P:

redup

A: S1- S2 reguler, tidak ada

suara jantung tambahan



Perut : I: perut cembung,
tidak ada luka A:
bising usus
20x/menit
P: tidak ada
nyeri tekan
P: timpani

Ekstremitas : (*atas*) tidk terdapat edema, terpasang infus RL 20 tpm pada ektremitas sebelah kanan (*bawah*) tidak terdapat edema

Genitalia : tidak terpasang selang DC

Laboratorium dan diagnostic

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil	Satuan	Kesimpulan
1	Hemoglobin	13,2-17,3	13,5	g/dL	Normal
2	Eritrosit	4,40-5,90	5,5	$10^6/u$ L	Normal
3	Trombosit	150-400	184	$10^3/u$ L	Normal
4	Leukosit	3,8-10,6	11,6	$10^3/u$ L	Normal

4	Ureum	10-50	63	mg/dL	Normal
5	Creatin	0,60-1,10	1,0	mg/dL	normal
6	SGOT	0-50	28	U/L	Normal
7	SGPT	0-50	14	U/L	Normal
8	Gd sewaktu	70-116	190	g/dl	Tinggi
9	Diff count :LYM	1-4,8	1,15	10 ³ /ul	normal
10	monosit	0-0,8	0,17	10 ³ /ul	tinggi
11	netrofil	50-70	75,4	10 ³ /ul	Normal
12	eosenofil	1-5	1,4	10 ³ /ul	Normal
13	basofil	0-1	0,8	10 ³ /ul	Normal
14	Netrofil limfosit	0-3,13	8,9	rasio	Normal

NO	Jenis obat	Dosis	Waktu pemberian	Indikasi
1	Infus RL	20 TPM		Untuk Hidrasi cairan
2	Inj Ketorolac	30 mg	3 x 1	Untuk anti nyeri
3	Ranitidin	40 mg	2x1	Antemetik
4	Ceftriaxon	1000 mg	3x1	antibiotik
5	Inj Ondancetron K/P	40 mg	3 x 1	Anti muntah

Hasil pemeriksaan penunjang

NO	Jenis pemeriksaan	kesan
1	Ronsen Thorak	Tak tampak fraktur
2	EKG	Sinus Takikardia

1. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB	MEKANISME	DIAGNOSA KEP
	Ds/Do				P+ E+ S/ P+ E
1	DS: nyeri kepala,sulit tidur P : Nyeri akibat cedera kepala Q : snut snut seperti ditusuk tusuk R : kepala dahi S : skala 6 T : terus menerus. DO: pasien post KLL motor vs mobil pasien tampak memegang kepala,tampak benjolan di dahi, Td: 132/81mmhg N:85x/menit S:36,1 RR:24x/menit	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	agen pencedera fisik ↓ kerusakan sel ↓ pelepasan mediator nyeri (histamin,bradikinin,serotinin) ↓ merangsang reseptor nyeri ↓ dihantarkan serabut tipe A dan tipe C ke medula spinalis ↓ kortek somasensorik ↓ persepsi nyeri nyeri akut	Nyeri akut (D.0077)

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut (D.0077) bd agen

Intervensi

No	Dx kep	Kode Diagnosa	Kriteria hasil	Intervensi																								
1	Nyeri akut	D.0077	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (SLKL L.08066) <table><tr><th>No</th><th>Indikator</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2</td><td>meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>5</td><td>Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	No	Indikator	Awal	Tujuan	1	Keluhan nyeri	2	4	2	meringis	3	5	3	Sikap protektif	2	4	4	Kesulitan tidur	2	4	5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4	- manajemen nyeri (SIKI. I 08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi,karkteristik,durasi,frekuensi,kualitas,inte nsitas nyeri 2. Idenfitifikasi skala nyeri 3.identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5.identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8.Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: 1. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) 3.fasilitasi istirahat dan tidur
No	Indikator	Awal	Tujuan																									
1	Keluhan nyeri	2	4																									
2	meringis	3	5																									
3	Sikap protektif	2	4																									
4	Kesulitan tidur	2	4																									
5	Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	4																									

6	muntah	2	4		4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
7	Ketegangan otot	2	4		Edukasi: 1.jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2.jelaskan strategi meredakan nyeri 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4.anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.kolaborasi pemberian anlagetik



15). Implementasi

Tanggal 7/11/2025

Tgl	Dx keperawatan	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
7/11/ 2025	Nyeri akut	15.30	mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	Pasien kooperatif: P : agencedera (kecelakaan) Q : seperti ditimpa beban berat R :kepala S:skala 5 T:terus menerus	qfif
		16.35	mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Pasien kooperatif	
		17.00	mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.	Pasien kooperatif	
		17.30	mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Pasien kooperatif	
		18.00	memonitor efek samping penggunaan analgetik	Pasien kooperatif	

		18.30	memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromaterapi,kompres hangat/dingin dll)	Pasien kooperatif KU : tenang TD :115/75 mmHg, Nadi: 82 x/menit Suhu : 36,1°C RR : 19x/menit	
		17.00	mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahayaan,kebisingan) memfasilitasi istirahat dan tidur	pasien kooperatif ,ruangan sepi penunggu pasien 1 orang	
		17.30	Edukasi: 1. menjellaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri 2. menjelaskan strategi meredakan nyeri 3. menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Pasien dan keluarga kooperatif mendengarkan penjelasan perawat	

EVALUASI

Tanggal 07 November 2025

No	Tgl/ Jam	Evaluasi	Paraf																								
Dx 1	07/11 /25 17.10	S: nyeri kepala P : nyeri akibat cedera kepala Q : cekot cekot / sniut snut seperti ditusuk tusuk R : kepala bagian depan S: skala 4 T:hilang timbul O: pasien tampak memegang kepala,tampak luka di dahi kanan,meringis ketika dicoba duduk Td : 115/80mmhg N:99x/menit S:36 RR:21x/menit A: Masalah nyeri akut teratasi <table> <tr> <th>Kriteria Hasil</th><th>Awal</th><th>Hasil</th><th>Tujuan</th></tr> <tr> <td>1.Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2. meringis</td><td>3</td><td>2</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3. Sikap protektif</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>4. Kesulitan tidur</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan	1.Keluhan nyeri	2	3	4	2. meringis	3	2	5	3. Sikap protektif	2	3	4	4. Kesulitan tidur	2	3	4	5. Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	3	4	
Kriteria Hasil	Awal	Hasil	Tujuan																								
1.Keluhan nyeri	2	3	4																								
2. meringis	3	2	5																								
3. Sikap protektif	2	3	4																								
4. Kesulitan tidur	2	3	4																								
5. Perasaan takut mengalami cedera berulang	2	3	4																								

		6.muntah	2	3	4			
		7.ketegangan otot	2	3	4			
		1=Meningkat 2=Cukup Meningkatkan 3=Sedang 4=Cukup Menurun 5=Menurun P: lanjutkan intervensi 1. Identifikasi lokasi,karkteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 2. Idenfitifikasi skala nyeri 3.identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5.identifikasi keyakinan dan pengetahuan nyeri. 6. identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah						

		diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 9. berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik,aromterapi,kompres hangat/dingin dll) 10. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan,pencahaya,kebisingan) 11. fasilitasi istirahat dan tidur	
--	--	---	--

