

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Pasien

1. Data Pasien

Dari hasil pengkajian pada tanggal 03 November 2021 pada jam 15.00 wita. pada kasus ini diperoleh hasil yang didapat dengan cara *autoanamnese*, dimana penulis melakukan observasi secara langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat. Dari hasil pengkajian tersebut diperoleh hasil bahwa klien Bapak. S usia 38 tahun Tanggal lahir 01 Juli 1983 dengan No MR : 01.14.25.80. Jenis Kelamin Laki-Laki, berat badan 60 Kg, beragama Islam, statusnya menikah, pendidikan terakhir sekolah menengah atas (SMA), pekerjaan karyawan perusahaan, alamat rumah Lendang Gocek, pagutan batuk liang, lombok tengah pasien masuk dengan diagnosa medis Fraktur servikal + Tetraparese.

2. Keluhan utama

a. Saat MRS (Tanggal, 3 November 2021)

Pasien mengatakan nyeri pada leher setelah tertimpa buah sawit di tempat kerja

b. Saat Pengkajian (Tanggal, 3 November 2021)

Pasien mengatakan nyeri di bagian leher.

O : nyeri timbul saat kepala digerakkan, durasi \pm 10 sampai 15 detik

P : Karena tertimpa buah sawit di tempat kerja

Q : Rasanya seperti tertusuk benda tajam

R : Nyeri dibagian leher

S : Skala nyerinya 7

T : Belum ada diberikan pengobatan untuk menghilangkan nyerinya

U : Agar lebih berhati-hati dalam bekerja setelah tertimpa buah sawit

V : saat terjadi nyeri berdoa agar nyerinya berkurang

Pasien merasa takut karena kondisi tangan serta kakinya tidak bisa digerakkan

c. Alasan dirawat di ICU

Dari dokter spesialis orthopedi mengarahkan di ICU untuk menstabilkan kondisi pasien serta pemantauan tanda-tanda vital, didapatkan nadi rendah di bawah 60 kali per menit saat awal masuk rumah sakit dan pasien ada trauma pada bagian leher sudah terpasang *neck collar*.

3. *Primary Survey*

a. *Air way* :

Pasien dengan Fraktur servikal + Tetraparese, tidak ada sumbatan jalan napas, terpasang *nasal canul*

b. *Breathing* :

Pasien bernapas dengan normal, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, pernafasan 20 kali per menit, Pola Nafas irama reguler, tidak terdapat Sianosis, SP_{O_2} 99% dan memakai *nasal canul* O_2 3 liter per menit

c. *Circulation* :

CRT \leq 2 detik, akral nya hangat, terpasang infus RL di tangan kiri, Tekanan Darah 141/65 mmHg, Nadi 56 kali per menit, Temperature 36,4°C, MAP 93 mmHg

d. *Fluid* :

pasien diberikan Diit Cair Susu TKTP 3 kali Sehari 200cc, Terapi Cairanyang diberikan RL, 60 cc/jam (Infus Pump) dan Terapi Obat-obatan Dopamine 5mcg, (2,7 cc/Jam, Syring Pump), Santagesik 3 kali sehari (Injeksi).

4. *Secondary Survey*

a. *Brain*

Keadaan umum pasien sedang, GCS; E4M1V5, kesadaran composmentis, pupil kanan-kiri isokor (2mm/2mm), pupil bereaksi terhadap cahaya, pasien orientasi terhadap waktu, orang dan tempat pasien kooperatif.

b. *Breathing*

Pernapasan pasien 20 kali per menit, pola napas reguler, SpO2 99%, tidak terdapat sianosis, pasien diberi terapi O2 3 liter per menit. Ekspansi dinding dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan dan tidak terdapat suara napas tambahan pada semua lobus paru.

c. *Blood*

TD: 141/65 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi : 56 kali per menit, akral

hangat, tidak ada sianosis, terpasang RL 60 cc/jam dengan infus pump dan dopamine 2,7 cc/jam dengan syring pump , CRT \leq 2 detik, tidak ada sianosis, keadaan umum pasien sedang.

d. *Bladder*

pasien terpasang kateter urine dengan produksi urin \pm 400 cc, dengan warna kuning keruh, tidak ada distensi kandung kemih, dan Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan genetaliannya.

e. *Bowel*

Pasien tidak terpasang NGT. Diit pasien cair susu TKTP. Bising usus 11 kali per menit. Pasien belum ada BAB.

f. *Bone*

Pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya, serta tidak merasakan rangsangan nyeri pada bagian tangan dan kaki, kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0. Akral hangat. kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga dan perawat di ruangan icu.

0000	0000
0000	0000

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium 3 november 2021

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Hemoglobin	12,5	P: 13-16 - W : 12-14	g/dl
Hematokrit	37	P: 40-48 - W : 37-43	%
Leukosit	12.200	5000-10.000	10 ³ /μl
Granulosit	82,3	50-70	%
Limfosit	12,4	20-40	%
Monosit	5,3	2-8	%
Trombosit	355.000	150.000-450.000	10 ³ /μl

b. Terapi yang diberikan

Santagesik 3 x 1

B. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian leher.</p> <p>O : nyeri timbul saat kepala digerakkan, durasi ± 10 sampai 15 detik</p> <p>P : Karena tertimpa buah sawit di tempat kerja</p> <p>Q : Rasanya seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R : Nyeri dibagian leher</p> <p>S : Skala nyerinya 7</p> <p>T : Belum ada diberikan pengobatan untuk menghilangkan nyerinya</p> <p>U : Agar lebih berhati-hati dalam bekerja setelah tertimpa buah sawit</p> <p>V : saat terjadi nyeri berdoa agar nyerinya berkurang</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien meringis • mengeluh nyeri • skala nyeri 7 • Ttv : <p>TD: 141/65 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi: 56 kali per menit</p>	Agen Pencedera fisik (mis, Trauma)	Nyeri Akut

	RR: 20 kali per menit		
2	Data Subjektif : Pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya, serta tidak merasakan rangsangan nyeri pada bagian tangan dan kaki Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 	Kerusakan Integritas Struktur Tulang	Gangguan Mobilitas fisik
3	Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya meminta tolong dengan perawat untuk di berikan makanan yang di sediakan dari rumah sakit Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 • pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat 	Gangguan Muskuloskeletal	Defisit Perawatan Diri
4	Data Subjektif : Pasien merasa takut karena kondisi tangan serta kakinya tidak bisa di gerakan Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • Tampak tegang • Suara bergetar 	Krisis situasional	Ansietas
5	Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya meminta tolong dengan perawat untuk di berikan makanan yang di sediakan dari rumah sakit Data Objektif : <ul style="list-style-type: none"> • kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 • pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat 	Penurunan Mobilisasi	Risiko Luka Tekan

C. Daftar Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (Mis. Trauma)

2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang
3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal
4. Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional
5. Risiko Luka Tekan Berhubungan Dengan Penurunan Mobilisasi

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Tindakan

NO	Hari/ Tanggal	SDKI	SLKI	SIKI
1	03 November 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (mis. Trauma)	<p>Tingkat Nyeri Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri pada pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Keluhan nyeri dari skala 3 menjadi 4</p> <p>a. Meringis dari skala 3 menjadi 4</p> <p>b. Gelisah dari skala 3 menjadi 4</p> <p>Ket :</p> <p>1. : Meningkat 2. : Cukup Meningkat 3. : Sedang 4. : Cukup Menurun 5 : Menurun</p>	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>1.4 Identifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri</p> <p>1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>1.6 Identifikasi budaya terhadap respon nyeri</p> <p>1.7 Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien</p> <p>1.8 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>1.9 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik</p> <p>1.10 Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>1.11 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (missal: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).</p> <p>1.12 Beri teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat, terapi musik, hypnosis, biofeedback,</p>

				<p>teknik imajinasi terbimbing, teknik tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin)</p> <p>Edukasi</p> <p>1.13 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.14 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.15 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.16 Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</p> <p>1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.18 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	03 November 2021	gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang	<p>Mobilitas Fisik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas dari skala 3 menjadi 4</p> <p>b. Kekuatan otot dari skala 3 menjadi 4</p> <p>c. Rentang gerak (ROM) dari skala 3 menjadi 4</p> <p>Ket :</p> <p>1. : Menurun</p> <p>2. : Cukup Menurun</p> <p>3. : Sedang</p> <p>4. : Cukup Meningkatkan</p> <p>5. : Meningkatkan</p>	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>2.6 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>2.7 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2.9 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>2.10 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di</p>

				tempat tidur, duduk di sis tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3	03 November 2021	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal	<p>Perawatan Diri Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan perawatan diri pada pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan mandi dari skala 3 menjadi 4 Kemampuan mengenakan pakaian dari skala 3 menjadi 4 Kemampuan makan dari skala 3 menjadi 4 Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) dari skala 3 menjadi <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> : Menurun : Cukup Menurun : Sedang : Cukup Meningkat : Meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Monitor tingkat kemandirian Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.
4	03 November 2021	Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional	<p>Tingkat Ansietas Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tingkat ansietas pada pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari skala 3 menjadi 4 Perilaku gelisah dari skala 3 menjadi 4 Perilaku tegang dari skala 3 menjadi 4 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> : Meningkat 	<p>Terapi Relaksasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya

			<p>2. : Cukup Meningkat 3. : Sedang 4. : Cukup Menurun 5. : Menurun</p>	<p>4.4 Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 4.5 Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 4.6 Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 4.7 Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 4.8 Gunakan pakaian longgar 4.9 Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4.10 Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 4.11 Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi napas dalam, relaksasi otot progresif) 4.12 Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 4.13 Anjurkan mengambil posisi nyaman 4.14 Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4.15 Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 4.16 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi)</p>
5	03 November 2021	Risiko Luka Tekan Berhubungan Dengan Penurunan Mobilisasi	<p>Integritas kulit dan jaringan Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan pada pasien</p>	<p>Pencegahan Luka Tekan Observasi 1.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Noton, skala Braden)</p>

			<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Kerusakan jaringan dari skala 3 menjadi 4</p> <p>b. Kerusakan lapisan kulit dari skala 3 menjadi 4</p> <p>Ket :</p> <p>1. : Meningkatkan</p> <p>2. : Cukup Meningkatkan</p> <p>3. : Sedang</p> <p>4. : Cukup Menurun</p> <p>5. : Menurun</p>	<p>1.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>1.3 Monitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>1.4 Monitor berat badan dan perubahannya</p> <p>1.5 Monitor status kulit harian</p> <p>1.6 Monitor ketat area yang memerah</p> <p>1.7 Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>1.8 Monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>1.9 Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.10 keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinesia fekal atau urin</p> <p>1.11 Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>1.12 Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>1.13 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>1.14 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>1.15 Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>1.16 Gunakan kasur khusus, jika perlu</p> <p>1.17 Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>1.18 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>1.19 Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>1.20 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori</p> <p>Edukasi</p> <p>1.21 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
--	--	--	---	--

				1.22 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 1.23 Ajarkan cara merawat kulit
--	--	--	--	---

E. Intervensi Inovasi

1. Menurunkan intensitas nyeri pada pasien *Spinal cord injury* dengan terapi musik religi.

Terapi musik adalah terapi yang universal dan musik diterima oleh semua orang karena kita tidak membutuhkan kerja otak yang berat untuk menginterpretasi alunan musik. Terapi musik sangat mudah diterima organ pendengaran kita dan kemudian melalui saraf pendengaran disalurkan ke bagian otak yang memproses emosi (sistem limbik). Terapi musik religi merupakan penggabungan antara musik dengan terapi spiritual. Pendekatan spiritual. Pendekatan spiritual dapat membantu mempercepat pemulihan atau penyembuhan pasien (Ridhwan, 2018).

terapi musik adalah penggunaan musik atau elemen musik (suara, irama, melodi dan harmoni) oleh seorang terapi musik yang telah memenuhi kualifikasi, meningkatkan relasi interpersonal, belajar, meningkatkan mobilitas, mengungkapkan ekspresi, menata diri atau untuk mencapai berbagai tujuan terapi lainnya (Utomo, 2013).

Pemberian terapi musik bagi pasien bermanfaat dalam mengurangi rasa sakit dan kecemasan, meningkatkan relaksasi, meningkatkan suasana hati, meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan perawatan yang diberikan tenaga kesehatan, meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan toleransi nyeri dan penurunan kebutuhan analgesik dan obat penenang selama

prosedur, meminimal kebisingan lingkungan, mengurangi kecemasan Terapi musik bersifat prefontif dalam upaya penyembuhan baik mental, fisik, emosional dan spiritual (Suryana, 2012).

Tindakan keperawatan dengan cara memberikan terapi musik pada pasien dalam memenuhi kebutuhan rasa nyaman (Suryana, 2012). Tindakan terapi musik ini hanya membantu mengurangi rasa nyeri dengan mengalihkan pikiran pasien akibat dari terputusnya kontuitas jaringan pada tulang servikal akibat trauma pada kecelakaan kerja.

Intervensi yang dilakukan kepada pasien yaitu memberikan terapi musik. Pemberian terapi musik tidak selalu membutuhkan keahlian dari terapi, namun beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pemberian terapi musik yaitu :

- a) Dalam memulai terapi musik khususnya untuk relaksasi, peneliti dapat memilih tempat yang tenang, bebas dari gangguan
- b) Peneliti dapat mendengarkan beberapa jenis musik terlebih dahulu untuk mengetahui respon dari tubuh pasien sebelum memposisikan pasien dengan nyaman
- c) Ketika mendengarkan terapi musik pasien berbaring dengan posisi yang nyaman, sedangkan tempo harus sedikit lebih lambat, 50 – 70 ketukan/ menit, menggunakan irama yang tenang
- d) Mainkan musik dengan menggunakan speaker atau handphone dan pastikan suara musik dirasakan pasien secara menyeluruh

e) Durasi pemberian terapi musik idealnya selama kurang lebih 30 menit sampai 1 jam setiap kali pemberian dalam satu hari. Namun jika tidak cukup waktu, pemberian musik diberikan dalam waktu 10 menit untuk membantu pikiran pasien beristirahat (Suryana. 2012).

Setelah selesai penelitian mengobservasi kembali tingkat nyeri pasien yang digunakan sebagai pembandingan dalam pemberian intervensi.


Terdapat penelitian terkait yang membahas pengaruh terapi musik religi terhadap menurunkan intensitas nyeri pada pasien fraktur. Penelitian ini adalah intervensi dimana sebelum-setelah dilakukan pada 32 orang responden dengan pasien fraktur di rumah sakit rujukan kota kendari. Sampel dipilih seluruh pasien fraktur. Sampelnya adalah pasien fraktur yang berusia 18-67 tahun, tidak memiliki gangguan pendengaran serta bersedia menjadi responden. Jumlah sampel sebanyak 32 orang yaitu 16 orang kelompok kontrol dan 16 orang kelompok intervensi. Pada Kelompok intervensi yaitu responden yang diberikan terapi musik religi dan relaksasi napas dalam. Kelompok intervensi memilih satu lagu religi yang disediakan dalam daftar lagu religi sesuai agama dan keyakinan responden, kemudian mendengarkan lagu religi selama 15 menit. Sebelum dan sesudah perlakuan skala nyeri responden diukur. Pada kelompok kontrol responden mendapatkan terapi relaksasi napas dalam selama 15 menit. Sebelum dan sesudah perlakuan skala nyeri diukur. Nyeri pasien diukur melalui skala pengukuran nyeri pasien *Numeric Rating Scale* (NRS) dengan Nilai skala



nyeri dalam rentang 0-10. Data dianalisis dengan *SPSS 23* menggunakan statistik deskriptif dan uji t berpasangan ($P < 0,05$).


Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa Terdapat perbedaan signifikan penurunan tingkat nyeri sebelum dan setelah pemberian musik religi pada kelompok intervensi. Terapi musik religi menjadi salah satu alternatif intervensi mandiri keperawatan dalam menurunkan nyeri pada pasien fraktur (Muhsinah. 2020).


F. Implementasi Keperawatan


Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan


No.	Waktu/Tgl	Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
1	3/11/2021 15.00	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri 1.5 Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.6 Mengidentifikasi budaya terhadap respon nyeri 1.7 Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien 1.8 Memonitor efek samping penggunaan analgetik 1.9 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.10 Memfasilitasi istirahat tidur 1.11 Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).	S : Pasien mengatakan nyeri di bagian leher. O : nyeri timbul saat kepala digerakkan, durasi \pm 10 sampai 15 detik P : Karena tertimpa buah sawit di tempat kerja Q : Rasanya seperti tertusuk benda tajam R : Nyeri dibagian leher S : Skala nyerinya 7 T : Belum ada diberikan pengobatan untuk menghilangkan nyeri nya U : Agar lebih berhati-hati dalam bekerja setelah tertimpa buah sawit V : saat terjadi nyeri berdoa agar nyerinya berkurang O : - pasien meringis - mengeluh nyeri - Ttv : TD: 141/65 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi: 56 kali per menit RR: 20 kali per menit	



			1.12 Memberikan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat, terapi musik, hypnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, teknik tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin)		
	15.30	2	<p>2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>2.4 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>2.5 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>2.6 Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>2.7 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>S :</p> <p>Pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kakinya, serta tidak merasakan rangsangan nyeri pada bagian tangan dan kaki</p> <p>O : kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0</p>	
	15.50	4	<p>4.1 Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>4.2 Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>4.3 Mengidentifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>4.4 Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p>	<p>S :</p> <p>Pasien merasa takut karena kondisi tangan serta kakinya tidak bisa di gerakkan</p> <p>D :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak tegang - Suara bergetar 	


			<p>4.5 Memonitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>4.6 Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>4.7 Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>4.8 Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.9 Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>4.10 Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>4.11 Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Terapi Musik, meditasi napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>4.12 Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>4.13 Menganjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.14 Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>4.15 Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p>		
	17.00	3	<p>3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>3.2 Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>3.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>3.4 Mensediakan lingkungan yang terapeutik (mis.</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya meminta tolong dengan perawat untuk di berikan makanan yang di sediakan dari rumah sakit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 - pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat 	

			<p>Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>3.5 Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3.6 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.7 Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>3.8 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>3.9 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>3.10 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>		
	17.20	5	<p>5.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Noton, skala Braden)</p> <p>5.2 Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>5.3 Memonitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>5.4 Memonitor berat badan dan perubahannya</p> <p>5.5 Memonitor status kulit harian</p> <p>5.6 Memonitor ketat area yang memerah</p> <p>5.7 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>5.8 Memonitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>5.9 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>5.10 Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinesia fekal atau urin</p> <p>5.11 Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>5.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan tangan dan kakinya meminta tolong dengan perawat untuk di berikan makanan yang di sediakan dari rumah sakit</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 - pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat 	

			<p>5.13 Membuat jadwal perubahan posisi</p> <p>5.14 Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.15 Menjaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>5.16 Menggunakan kasur khusus, jika perlu</p> <p>5.17 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>5.18 Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p>		
2	4/11/2021 08.00	3	<p>3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>3.2 Memonitorr tingkat kemandirian</p> <p>3.3 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>3.4 Mensediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>3.5 Menyiapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3.6 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.7 Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>3.8 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>3.9 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>3.10 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah meminum susu yang diberikan dari rumah sakit dan pasien mengatakan badanya terlihat lebih bersih dari sebelum di seka</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien menghabiskan makanannya - pasien terlihat lebih rapi dan bersih 	
		5	5.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan	S :	

			<p>skala (mis. Skala Noton, skala Braden)</p> <p>5.2 Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>5.3 Memonitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>5.4 Memonitor berat badan dan perubahannya</p> <p>5.5 Memonitor status kulit harian</p> <p>5.6 Memonitor ketat area yang memerah</p> <p>5.7 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>5.8 Memonitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>5.9 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>5.10 Mengkeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinesia fekal atau urin</p> <p>5.11 Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>5.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>5.13 Membuat jadwal perubahan posisi</p> <p>5.14 Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.15 Menjaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>5.16 Menggunakan kasur khusus, jika perlu</p> <p>5.17 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>5.1 Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p>	<p>Pasien mengatakan semua aktivitas makan, minum dan seka di bantu oleh perawat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 - pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat - terpasang kasur untuk dekubitus 	
	09.00	1	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian leher nya berkurang.</p>	

			<p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri</p> <p>1.5 Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>1.6 Mengidentifikasi budaya terhadap respon nyeri</p> <p>1.7 Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup pasien</p> <p>1.8 Memonitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>1.9 Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>1.10 Memfasilitasi istirahat tidur</p> <p>1.11 Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan).</p> <p>1.12 Memberikan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri (aromaterapi, terapi pijat, terapi musik, hypnosis, biofeedback, teknik imajinasi terbimbing, teknik tarik napas dalam dan kompres hangat/ dingin)</p>	<p>O : nyeri timbul saat kepala digerakkan, durasi \pm 10 sampai 15 detik</p> <p>P : Karena tertimpa buah sawit di tempat kerja</p> <p>Q : Rasanya seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R : Nyeri dibagian leher</p> <p>S : Skala nyerinya 5</p> <p>T : diberikan obat anti nyeri dan mendengarkan musik religi</p> <p>U : Agar lebih berhati-hati dalam bekerja setelah tertimpa buah sawit</p> <p>V : saat terjadi nyeri berdoa agar nyerinya berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien meringis - mengeluh nyeri - Ttv : TD: 135/64 mmHg, MAP: 88 mmHg Nadi: 58 kali per menit RR: 22 kali per menit 	
	10.00	2	<p>1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>1.2 Mengidentifikasi i toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>1.3 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>1.4 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak merasakan sensasi nyeri yang di berikan pada anggota gerak tangan dan kaki nya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 - Tidak bereaksi terhadap rangsangan nyeri 	

			<p>1.5 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>1.6 Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>1.7 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>		
	10.30	4	<p>4.1 Mengidentifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>4.2 Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</p> <p>4.3 Mengidentifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>4.4 Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p> <p>4.5 Memonitor respons terhadap terapi relaksasi</p> <p>4.6 Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>4.7 Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>4.8 Menggunakan pakaian longgar</p> <p>4.9 Menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>4.10 Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>4.11 Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Terapi</p>	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah mengerti penyakit yang dialaminya dan senin akan dilakukan tindakan operasi oleh dokter yaser</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tenang dalam menerima penjelasan 	

			<p>Musik, meditasi napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>4.12 Menjelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>4.13 Menganjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>4.14 Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>4.15 Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p>	
--	--	--	---	--

G. Implementasi Inovasi Keperawatan.

1. Menurunkan intensitas nyeri pada pasien *spinal cord injury* dengan terapi musik religi

Tabel 3.5 Standar Operasional Prosedur Terapi Musik Religi

Fase Pra-Interaksi	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengecek data-data pasien 2. Menyiapkan peralatan untuk terapi musik religi 3. Peneliti mempersiapkan diri
Fase Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengucapkan salam kepada responden 2. Evaluasi dan validasi (menanyakan kabar dan keadaan responden) 3. Melakukan kontrak waktu 4. Meminta persetujuan kepada responden
Fase Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan manfaat terapi musik religi 2. Mengatur posisi responden agar terlihat rapi 3. Mengatur posisi tubuh responden dengan posisi senyaman mungkin agar tercipta rileks 4. Mempersilakan klien mendengarkan musik selama minimal 15 menit. Namun jika tak memiliki cukup waktu 10 menit pun jadi, karena selama waktu 10 menit telah membantu pikiran responden beristirahat 5. Saat klien mendengarkan musik arahkan untuk fokus dan rileks terhadap lagu yang didengar dan melepaskan semua beban yang ada. 6. Setelah musik berhenti klien dipersilahkan mengungkapkan perasaan yang muncul saat musik tersebut diputar, serta perubahan yang terjadi dalam dirinya.
Fase Terminasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon pasien 2. Melakukan kontrak yang akan datang 3. Dokumentasi kegiatan

2. Hasil intervensi inovasi tindakan pemberian terapi musik religi untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien *spinal cord injury*.


Sebelum di lakukan terapi musik religi di dapatkan skala nyeri pada pasien 7 dengan TTV dan hasil TD: 141/65 mmHg, MAP: 93 mmHg, Nadi: 56 kali per menit, dan RR: 20 kali per menit. Dan setelah pasien diberikan terapi musik religi selama ± 15 menit, di dapatkan hasil skala nyeri yang turun menjadi 5 dengan TTV dan hasil TD: 135/64 mmHg, MAP: 88 mmHg, Nadi: 58 kali per menit, RR: 22 kali per menit.



Tabel 3.6 Hasil Observasi



Hari/Tgl	Pemeriksaan	Skala Nyeri	Keterangan
Kamis, 4/11/2021	Pre	7	Skala nyeri menurun 2
	Post	5	

H. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Evaluasi keperawatan

Tanggal	Dx Keperawatan/ Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
Kamis, 4/11/2021	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik (Mis. Trauma)	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian leher nya berkurang.</p> <p>O : nyeri timbul saat kepala digerakkan, durasi ± 10 sampai 15 detik</p> <p>P : Karena tertimpa buah sawit di tempat kerja</p> <p>Q : Rasanya seperti tertusuk benda tajam</p> <p>R : Nyeri dibagian leher</p> <p>S : Skala nyerinya 5</p> <p>T : diberikan obat anti nyeri dan mendengarkan musik religi</p> <p>U : Agar lebih berhati-hati dalam bekerja setelah tertimpa buah sawit</p> <p>V : saat terjadi nyeri berdoa agar nyerinya berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien meringis - mengeluh nyeri - Ttv : 	

		<p>TD: 135/64 mmHg, MAP: 88 mmHg Nadi: 58 kali per menit RR: 22 kali per menit</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Skor Awal</th> <th>Skor Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.15, 1.16, 1.17, 1.18, 1.19</p>	Indikator	Skor Awal	Skor Akhir	Keluhan nyeri	2	4	Meringis	3	4	Gelisah	3	4				
Indikator	Skor Awal	Skor Akhir																
Keluhan nyeri	2	4																
Meringis	3	4																
Gelisah	3	4																
	<p>Gangguan Mobilitas fisik Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang</p>	<p>S : Pasien tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki nya, serta tidak merasakan rangsangan nyeri pada bagian tangan dan kaki</p> <p>O : kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0</p> <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik Belum teratasi dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Skor Awal</th> <th>Skor Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7</p>	Indikator	Skor Awal	Skor Akhir	Pergerakan ekstremitas	2	1	Kekuatan otot	2	1	Rentang gerak (ROM)	2	1				
Indikator	Skor Awal	Skor Akhir																
Pergerakan ekstremitas	2	1																
Kekuatan otot	2	1																
Rentang gerak (ROM)	2	1																
	<p>Defisit Perawatan Diri Berhubungan Dengan Gangguan muskuloskeletal</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah meminum susu yang diberikan dari rumah sakit dan pasien mengatakan badanya terlihat lebih bersih dari sebelum di seka</p> <p>O : - pasien menghabiskan makanannya - pasien terlihat lebih rapi dan bersih</p> <p>A: Masalah keperawatan defisit perawatan diri Belum teratasi dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Skor Awal</th> <th>Skor Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>	Indikator	Skor Awal	Skor Akhir	Kemampuan mandi	2	1	Kemampuan mengenakan pakaian	2	1	Kemampuan makan	2	1	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	1	
Indikator	Skor Awal	Skor Akhir																
Kemampuan mandi	2	1																
Kemampuan mengenakan pakaian	2	1																
Kemampuan makan	2	1																
Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	1																

		3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8, 3.9													
	Ansietas Berhubungan Dengan Krisis Situasional	<p>S : Pasien mengatakan sudah mengerti penyakit yang dialaminya dan senin akan dilakukan tindakan operasi oleh dokter yaser</p> <p>O : - Pasien tampak tenang dalam menerima penjelasan</p> <p>A: Masalah keperawatan ansietas teratasi sebagian dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Skor Awal</th> <th>Skor Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	Indikator	Skor Awal	Skor Akhir	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	4	Perilaku gelisah	3	4	Perilaku tegang	3	4	
Indikator	Skor Awal	Skor Akhir													
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	3	4													
Perilaku gelisah	3	4													
Perilaku tegang	3	4													
	Risiko Luka Tekan Berhubungan Dengan Penurunan Mobilisasi	<p>S : Pasien mengatakan semua aktivitas makan, minum dan seka di bantu oleh perawat</p> <p>O : - kekuatan otot ekstremitas atas 0 dan bawah 0 - pasien hanya berbaring di tempat tidur, makan, minum dan seka badan di bantu perawat - terpasang kasur untuk dekubitus</p> <p>A: Masalah keperawatan risiko luka tekan teratasi sebagian dengan indikator :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Skor Awal</th> <th>Skor Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Pertahankan Intervensi 5.10, 5.11, 5.12, 5.13, 5.14, 5.15, 5.16</p>	Indikator	Skor Awal	Skor Akhir	Kerusakan jaringan	3	3	Kerusakan lapisan kulit	3	3				
Indikator	Skor Awal	Skor Akhir													
Kerusakan jaringan	3	3													
Kerusakan lapisan kulit	3	3													