BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian

Pengkajian dilaksanakan hari Kamis 16 Januari 2020 jam 11.30 WIB di Ruang Dahlia RSUD Ungaran.

a. Identitas Klien

1) Nama : Tn.S
2) Umur : 87 Tahun
3) Tempat Tanggal Lahir : Ketio, Oktober 1993
4) Pendidikan : SD
5) Agama : Islam
6) Suku : Jawa
7) Status Perkawinan : Menikah
8) Pekerjaan : Petani
9) TB : 155 cm
10) BB : 45 kg
11) Golongan darah : -
12) Diagnosa Medis : Hipertensi
13) Alamat : Ketio RT 02/04 Tukulrejo

b. Identitas Penanggung Jawab

1) Nama : Tn.R
2) Umur : 51 Tahun
3) Pendidikan Terakhir : STM

4) Hubungan dengan klien: Anak

5) Pekerjaan : Swasta

6) Alamat : Ketio RT 02/04 Tukulrejo

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh pusing, mual, dan, susah makan.

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada tanggal 11 januari 2020 pasien pingsan di rumah sebanyak 3 kali, dan pada tanggal 12 januari 2020 pagi pasien dibawa ke RSUD Ungaran setelah diperiksa pasien disarankan ke poli bedah, pasien di perbolehkan pulang. Setelah minum obat, pasien muntah dan bab sebanyak 1 kali. Pada tanggal 16 januari 2020 jam 11.30 WIB dibawa ke IGD RSUD Ungaran karena pasien mengeluh pusing, mual, nafsu makan menurun, dan lemas, dengan tanda – tanda vital

TD 180/90 mmhg, S 36,8 ^{0}C, N 74x/menit, RR 20x/menit, SPO2 98 %.

Pasien dirawat diruang Dahlia RSUD Ungaran.

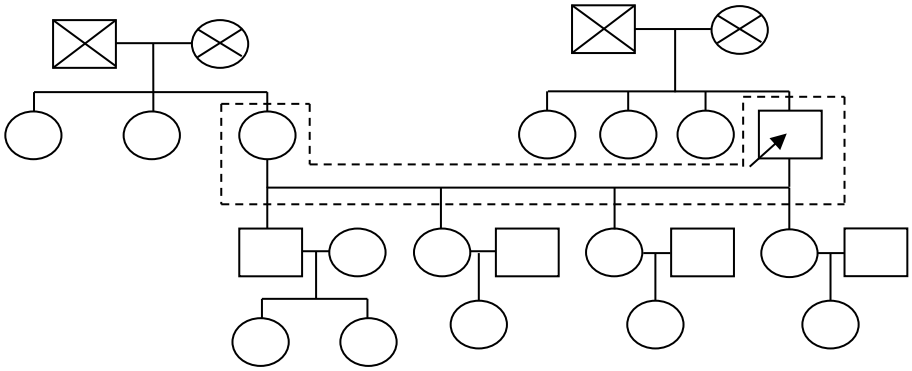
3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien mengenal rokok pada umur 15 tahun. Awal pasien sebagai perokok berat karena coba-coba, saat itu pasien merasa lebih percaya diri bila merokok, dalam sehari pasien menghabiskan 1,5 bungkus. Meskipun tahu bahaya pasien tetap merokok. Tahun 1997 pasien masuk Rumah Sakit Banyumanik karena pasien mengalami sakit paru – paru dan usus luka –luka. Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan pasien tidak mempunyai alergi obat –

obatan , dan pasien mempunyai alergi pada makanan ikan laut dan daging sapi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menular dan keturunan.



Gambar 3.1 Genogram Keluarga

Keterangan :

: Laki-Laki

: Perempuan

: Pasien

: Tinggal 1 rumah

: Meninggal

d. Riwayat Lingkungan Tempat Tinggal

1) Tipe tempat tinggal : Permanen

2) Jumlah kamar : 3 Kamar

3) Jumlah penghuni : 2 Orang

4) Kondisi tempat tinggal : Bersih

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

a) Penampilan : rapi

b) Kesadaran : composmetis

GCS : 15 (E4, M6, V5)

TD : 180/90 mmhg

S : 36,8 ^{0}C

N : 74 x/menit

RR : 20 x/menit

SPO2 : 98 %

2) Kepala : bentuk kepala bulat, tidak ada ketombe, tidak ada kotoran di kulit kepala, pertumbuhan tidak rambut merata, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan.

3) Kulit : warna sawo matang, tidak ada peradangan, tidak ada lesi, tidak ada oedema.

4) Mata : pergerakan bola mata normal, reflek pupil terhadap cahaya normal, kornea bening, konjungtiva tidak Anemis, sclera tidak ikterik,ketajaman penglihatan normal.

5) Hidung : bentuk simetris, fungsi penciuman baik, tidak ada Pembesaran polip, tidak ada luka, tidak ada radang hidung.

6) Telinga : - inspeksia telinga luas : simetris kanan dan kiri, warna sama dengan kulit dan wajah

-inspeksia telinga dalam: bersih dan tidak ada lesi

-palpasi daun telinga : simetris kanan dan kiri

-tidak ada peradangan, ada cairan, ada serumen, fungsi pendengaran kurang baik

7) Mulut : warna bibir pucat, bibir kering, gigi bersih, gusi tidak berdarah, tonsil tidak radang, lidah tidak tremor, tidak kotor, fungsi pengecapan baik, tidak ada stomatitis

8) Leher : tidak ada benjolan, leher bisa di gerakan tanpa ada keluhan, tidak ada nyeri tekan, bisa bergerak fleksi, gangguan bicara tidak ada

9) Dada :

Inspeksi : tidak terdapat tarikan intercosta

Palpasi : taktil fremitus bergetar kanan dan kiri sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : tidak terdapat suara tambahan

10) Jantung :

Inspeksi : ictus cordis tidak nampak

Palpasi : ictus cordis traba pada intercosta 4-5 midklavikula kiri

Perkusi : redup

Auskultasi : s1 dan s2 reguler

11) Abdomen :

Inspeksi : bentuk datar, tidak ada luka

Palpasi : bising usus 16 x/menit

Perkusi : terdapat nyeri tekan

Auskultasi : abdomen terasa keras

12) Sistem Reproduksi

Jenis kelamin laki – laki, tidak ada lesi, tidak ada pengeluaran cairan, tidak ada pembengkakan dipembuluh darah vena dalam kantong zakar,tidak ada pembesaran kelenjar prostat, uretra berada diposisi normal.

13) Ekstrimitas

a) Atas : terpasang infus RL 20 Tpm tangan kanan, tidak ada lesi dan edema

b) Bawah : tidak ada varises, tidak ada fraktur, tidak ada kelemahan tungkai.

f. Data Tambahan/Pengkajian Fungsional

1) Pola aktivitas, istirahat dan tidur

a) Data Subyektif : keluarga pasien mengatakan selama dirawat di Rumah Sakit hanya berbaring ditempat tidur karena keterbatasan aktivitas dan pasien sering terbangun di malam hari karena sakit kepala dan lingkungan sekitar pasien kurang nyaman.

Seminggu sebelum masuk rumah sakit

Pasien sudah mengalami kesulitan tidur.

b) Data obyektif : pasien berbaring di tempat tidur, terlihat mengantuk, kelopak mata tidak gelap, mata tidak merah, pasien tampak lesu.

2) Integritas ego

a) Data Subyektif : pasien mengatakan tidak ada faktor stres, hubungan dengan keluarga baik peran dengan keluarga baik, komunikasi dengan orang lain baik.

b) Data obyektif : pasien kurang bicara jelas dan pelan, komunikasi masih di bantu keluarga, pasien nampak sabar dan tenang.

3) *Activity Daily Living* (ADL)

a) Data subyektif : keluarga pasien mengatakan saat pertama kali dirawat kebutuhan dibantu oleh keluarga / istri

b) Data obyektif :

(1) Penampilan Umum : bersih

(2) Cara berpakaian : rapi

(3) Tidak ada bau badan

(4) Kebersihan badan : kuku,kulit kepala bersih

4) Pola Nutrisi

a) Data subyektif : keluarga pasien mengatakan 6 hari sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami penurunan nafsu makan

b) Data obyektif :

A : TB : 155 cm

BB : 45 kg BB sebelumnya : 58 kg

IMT: $\frac{\text{BB (kg)}}{(\text{TB})^2(\text{m})}$

$$\frac{= 45}{1{,}55^2}$$

= 18,75

(1) B : HB =14.0 (N:13.2-17.3)

(2) C : turgor sedang,mukosa mulut bersih ,tampak lemah

(3) D : diet lembek atau lunak, frekuensi 3 kali sehari, makan habis 1/3 porsi

5) Ketidaknyamanan

Data subyektif : Perasaan nyeri: keluarga pasien mengatakan pasien Nyeri kepala dibagian belakang

P: nyeri timbul saat bergerak

Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk

R: keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakang

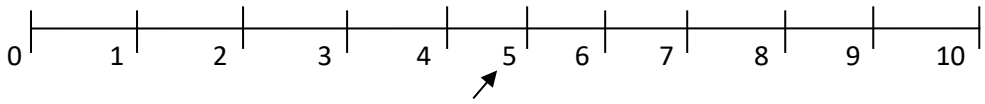
S: skala nyeri 5 (nyeri sedang)

T: nyeri terus menerus

Lama 1-3 menit

Faktor-faktor Pencetus

Bagan 3.2 Faktor-faktor Pencetus Skala Nyeri pada Tn.S dengan Hipertensi



0: tidak nyeri

1-5: nyeri sedang

6-10: nyeri sangat berat

keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengalami gangguan pendengaran dan

komunikasi dibantu oleh keluarga. Pasien sering pusing saat beraktivitas.

a) Data obyektif : pasien memegang kepalanya yang sakit dibagian belakang, pasien terlihat lemas, pasien tampak meringis kesakitan, dan pucat.

6) Pembelajaran

a) Data subyektif : keluarga pasien mengatakan berbicara dengan bahasa jawa, bahasa indonesia, tidak buta huruf dan pasien mengetahui apa penyakit yang dirasakan

b) Data obyektif : keluarga pasien mengerti apa yang diderita pasien, keluarga pasien menanyakan tindak lanjut untuk kesehatan pasien.

g. Data Penunjang

Nama Pasien	: Tn.S	No RM.	: 601978
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl Lahir	: 20/08/1933

Tabel 3.1 Data Penunjang

Nama Test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	14.0	g/dl	13.2-17.3
Leukosit	5.56	10’3/ul	3,8-10.6
Thrombosit	361	10’3/ul	150-440
Hematokrit	39.43	%	35-47
Eritrosit	4.48	10’6/ul	44-5.9
MCV	68	Fl	80-100
MCH	31.3	Pg	26-34
MCHC	35.5	g/dl	32-36
Hitung Jenis			
RDW-CV	H.17.7	%	11.5-14.5

Granulosit	52.5	%	43.6-734
Limfosit	H40.3	%	25-40
Monosit	7.2	%	2-8

h. Terapi Obat

1) Infus RL loading 500 cc : 20 tetes/menit

2) Injeksi Omeprazol 1/2 ampul/12jam

3) Injeksi Ondansetron 1/2 ampul/12 jam

4) Antalgin 500 mg oral

2. Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa Data

Hari/Tanggal	Data Fokus	Etiologi	Problem	TTD
kamis/ 16 Januari 2020 Jam 12.30	DS : 1. keluarga pasienmengatakan "sering pusing pada saat beraktivitas" 2. pada saat nyeri Muncul pasien	Peningkatan Tekanan darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓	Nyeri akut	Desak

	memegang kepalanya dibagian belakang p : Nyeri timbul saat bergerak Q : Nyeri seperti Ditusuk-tusuk R : keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakng S : Skala Nyeri 5 T : Nyeri terus menerus Lama 1-3 menit DO : 1. Pasientampak lemas. 2. Pasien terlihat pucat 3. Pasien terlihat memegang kepala bagian belakang 4. pasien merintih kesakitan TD: 180/90 mmHg N : 74x/menit RR: 20x/menit S : 36,8 C	Otak Kekurangan O2 ↓ Resistensi pembuluh Darah Otak ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri akut		
kamis/ 16Januari 2020 Jam 12.30	DS : 1. keluarga pasien Mengatakan " Nafsu makan Menurun" 2. pasien mengalami penurunan nafsu makan sejak 6 hari yang lalu 3. pasien sehari Minum 2 gelas Air putih DO : A. Tb =155 cm Bb =45 kg IMT= $\frac{Bb(kg)}{Tb^2(m)}$ = $\frac{45}{1,55^2}$	Daya tahan Tubuh menurun ↓ Nafsu makan menurun ↓ mual muntah ↓ berat badan menurun ↓ ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan	Ketidak seimbangan Nutrsi kurang dari kebutuhan	Desak

	= 18,75 B. HB:14.0 (N=13,2-17.3) C. Turgor sedang Mulut bersih Tampak lemah D. Diet lembek Atau lunak Frekuesi 3 kali sehari Makan habis 1/3 porsi	

3. Diagnosa Keperawatan

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologis

   b. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kurang minat pada makanan

   c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan bising

4. Intervensi keperawatan

Nama Pasien	: Tn.S	No RM.	: 601978
Jenis Kelamin	: laki - laki	Tgl Lahir	: 20/08/1933

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)	TTD
Nyeri akut Berhubungan	kamis/	Setelah dilakukan tindakan	**Manajemen nyeri NIC(1400)**	Desak

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)	TTD
Dengan agen Cidera biologis	16 Januari 2020 Jam 12.30 WIB	keperawatan 2x24 jam diharapkan tidak terjadi nyeri dengan Kriteria hasil NOC(1605): 1.Mengenal kapan Nyeri terjadi 2.menggambarkan Faktor penyebab 3.menggunakan Tindakan pengurangan Nyeri tanpa analgesik 4.menggunakan analgesik Yang direkomondasikan 5.mengenal apa Yang terkait Dengan gejala nyeri	1.Monitor kepuasaan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik 2.Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenal ketidaknyamanan 3.Ajarkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam 4.Dukung istirahat/ tidur yang adekuat untuk Membantu Penurunan nyeri. 5.kolaborasikan dengan tim Medis lain dalam Pemberian terapis.	
Ketidak seimbangan Nutrisi kurang Dari kebutuhan berhubungan dengan kurang Minat pada Makanan	Kamis/ 16 januari 2020 jam 12.30 WIB	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tidak terjadi kurang nutrisi dengan Kriteria hasil Status nutrisi NOC(1004): 1. Asupan gizi 2. Asupan makanan 3. Asupan cairan 4. Energi 5. Rasio berat badan/ 6. Tinggi badan	**Manajemen Nutrisi NIC(1100)** 1. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan mengandug Asupan nutrisi Yang tepat 2. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan makanan tertentu berdasarkan perkembangan atau usia 3. Monitor kalori dan asupan makanan 4. Anjurkan pasien untuk memantau	Desak

Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi (NIC)	TTD
			kalori dan intake makanan	
Gangguan pola Tidur berhubungan Dengan halangan lingkungan bising	Kamis/ 16 januari 2020 jam 12.30 WIB	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan pola tidur dengan. Kriteria hasil Tidur NOC(0004): 1. Jam tidur 2. Pola tidur 3. kualitas tidur 4. Mudah bangun 5. Pada saat yang tepat	**Peningkatan tidur NIC(1850)** 1. Tentukan pola tidur/aktivits pasien 2. Jelaskan pentingkan Tidur yang cukup selama penyakit 3. Monitor/catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur 4. Bantu untuk Menghilangkan Situasi setres Sebelum tidur	Desak

5. Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Tn.S No RM. : 601918
Jenis Kelamin : Laki - laki Tgl Lahir : 20/08/1933

Tabel 3.4 Implementasi keperawatan

Hari/Tanggal	Implementasi	Respon	TTD
Kamis / 16 Januari 2020 Jam 08.00 WIB	Mengobservasi Keluhan utama	DS: Keluarga pasien Mengatakan nyeri Dibagian kepala Belakang DO: p : Nyeri timbul saat bergerak Q : Nyeri seperti Ditusuk-tusuk R : keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakng, S : Skala Nyeri 5 T : Nyeri terus menerus Lama 1-3 menit	Desak
Kamis / 16 Januari 2020 Jam 09.45 WIB	Memonitor Tanda-tanda vital	DS : Pasien bersedia di ttv DO : 1. Td : 180/90 mmHg 2. N : 74x/menit 3. S : 36,8 C 4. RR : 20x/menit 5. SPO2: 98% 6. BB : 45 kg 7. TB : 155 cm	
kamis/16 Januari 2020 Jam 10.15 WIB	Mengajarkan Prinsip manajemen nyeri	DS : Keluarga pasien mengatakan “jika nyeri melakukan kompres hangat DO : Pasien tampak tenang	Desak
kamis/ 16 Januari 2020Jam 10.30 WIB	Mengajarkan penggunaan teknik Relaksasi nafas dalam	DS : Keluarga pasien Mengatakan “bersedia Diajari relaksasi nafas Dalam” DO : 1.Keluarga pasien Memperhatikan 2.Keluarga kooperatif	
kamis/ 16 Januari 2020	Mendukung istirahat/	DS : -	Desak

Hari/Tanggal	Implementasi	Respon	TTD
Jam 11.20 WIB	Tidur yang adekuat Untuk membantu Penurunan nyeri	DO : 1.Mata pasien tampak sayu 2.Pasien tampak mengantuk	
Kamis / 16 Januari 2020 Jam 12.30 WIB	Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat : 1.Inj Omeprazol 2.Inj Ondansetron 3.Antalgin	DS : Keluarga pasien Mengatakan “pasien mau diinjeksi dan minum obat DO : -	Desak
Jumat / 17 Januari 2020 Jam 07.20 WIB	Menganjurkan keluarga Untuk membawa Makanan mengandung asupan nutrisi	DS : Keluarga pasien Mengatakan” akan Membawakan makanan Mengandung asupan Nutrisi,penyajiannya yang Menarik” DO : Keluarga pasien kooperatif	Desak
Jumat / 17 Januari 2020 Jam 09.30 WIB	Menganjurkan pasien Terkait dengan Kebutuhan makanan Tertentu berdasarkan Perkembangan atau Usia	DS : Keluarga pasien mengatakan “akan memberikan pasien makanan dengan asupan nutrisi dengan tepat seperti buah pisang dan tomat” DO : Keluarga pasien kooperatif	Desak
jumat/ 17Januari 2020 Jam 09.30 WIB	Memonitor kalori dan Asupan makanan	DS : Keluarga pasien “Mengatakan pasien hanya Makan 1/3 porsi perhari Dan minum 2 gelas perhari” DO : Pasien tampak tidak Menghabiskan makanannya	Desak
jumat/ 17 Januari 2020 Jam 09.50 WIB	Memonitor kecendrungan terjadinya penurunan Dan	DS : Keluarga pasien Mengatakan” bb pasien Menurun sebanyak 13 Kg”	Desak

Hari/Tanggal	Implementasi	Respon	TTD
	kenaikan berat badan	DO : Pasien terlihat kurus	
jumat/ 17Januari 2020 Jam 11.50 WIB	Menentukan pola Tidur /aktivitas tidur	DS : Keluarga pasien mengatakan " Pasien tidur 3 jam pada Malam hari dan pada siang hari tidur hanya 20 menit " DO : Mata pasien tampak sayu Dan tampak mengantuk	Desak
Kamis/ 17 Januari 2019 Jam 12.00 WIB	Menjelaskan Pentingnya tidur Yang cukup selama Sakit	DS : Keluarga pasien Mengatakan "mengerti Apa yang dijelaskan" DO : Keluarga pasien kooperatif	Desak
Jumat/ 17 Januari 2020 Jam 13.00 WIB	Memonitor /catat Pola tidur Pasien dan jumlah Tidur	DS : Keluarga pasien Mengatakan "di malam hari Pasien tidur hanya 3 jam, Sering terbangun dan Siang hari hanya tidur 20 menit" DO : Pasien terlihat mengantuk dan lesu	Desak

6. Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien	: Tn.S	No RM.	: 601918
Jenis Kelamin	: Laki - laki	Tgl Lahir	: 20/08/1933

Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal	Dx Keperawatan	Evaluasi	TTD
Kamis / 16 Januari 2020 Jam 17.30 WIB	Nyeri akut Berhubungan Dengan agen Cedera biologis	1.S : keluarga pasienmengatakan “sering pusing pada saat beraktivitas” p : Nyeri timbul saat bergerak Q : Nyeri seperti Ditusuk-tusuk R : keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakang, S : Skala Nyeri 5 T : Nyeri terus menerus Lama 1-3 menit. 2. O : pasien tampak pucat 3. A : Masalah belum teratasi 4. P : Lanjutkan intervensi a. Ajarkan penggunaan teknik b.Relaksasi nafas dalam Kolaborasikan dengan tim Medis lain dalam Pemberian terapis.	Desak
kamis / 16Januari 2020 Jam11.45 WIB	Ketidak seimbangan Nutrisi kurang Dari kebutuhan Berhubungan dengan Kurang minat Dengan makanan	1. S : Keluarga pasien mengatakan “Nafsu makan pasien menurun 2. O : Pasien terlihat lemas 3. A : Masalah belum teratasi 4. P : Lanjutkan intervensi a. Monitor kalori Dan asupan makan b. Anjurkan keluarga Untuk membawa makanan Dengan asupan nutrisi Yang tepat	
kamis / 16Januari 2020 Jam15.40 WIB	Gangguan pola Tidur berhubungan Dengan halangan lingkungan bising	1. S:keluarga pasien mengatakan “ Pasien masih sering terbangun dimalam hari “ 2. O: Pasien terlihat mengantuk dan lesu 3. A : Masalah belum teratasi 4. P : Lanjutkan intervensi a. monitor /catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur b. bantu untuk menghilangkan situasi setres sebelum tidur.	
Hari/Tanggal	**Dx Keperawatan**	**Evaluasi**	**TTD**

Hari/Tanggal	Dx Keperawatan	Evaluasi	TTD
Jumat / 17 Januari 2020 Jam 13.30 WIB	Nyeri akut Berhubungan Dengan agen Cedera biologis	1.S : keluarga pasienmengatakan “pasien masih pusing pada saat beraktivitas” p : Nyeri timbul saat beraktivitas Q : Nyeri seperti Ditusuk-tusuk R : keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakang, S : Skala Nyeri 5 T : Nyeri terus menerus Lama 1-3 menit. 2. O : pasien tampak pucat 3. A : Masalah belum teratasi 4. P : Lanjutkan intervensi b. Ajarkan penggunaan teknik b.Relaksasi nafas dalam Kolaborasikan dengan tim Medis lain dalam Pemberian terapis.	
jumat / 17 Januari 2020 Jam 13.30WIB	Ketidak seimbangan Nutrisi kurang Dari kebutuhan Berhubungan dengan Kurang minat Dengan makanan	1.S: Keluarga pasien mengatakan “Nafsu makan pasien masih menurun” 2.O : Pasien terlihat lemas 3.A : Masalah belum teratasi 4.P : Lanjutkan intervensi a. Monitor kalori Dan asupan makan b. Anjurkan keluarga Untuk membawa makanan Dengan asupan nutrisi Yang tepat	
Jumat / 17Januari 2020 Jam13.30 WIB	Gangguan pola Tidur berhubungan Dengan halangan lingkungan bising	1.S:keluargapasien mengatakan“Pasien masih sering terbangun dimalam hari “ 2.O:Pasien terlihat mengantuk dan lesu 3.A : Masalah belum teratasi 4.P : Lanjutkan intervensi a.monitor /catat pola tidur pasien dan jumlah jam tidur b.bantu untuk menghilangkan situasi setres sebelum tidur.	

B. Pembahasan

Pada bab ini penulis akan membahas tentang pengelolaan nyeri akut pada Tn.S dengan hipertensi, yang telah dilaksanakan selama 2 hari mulai pengkajian yang dilakukan pada hari kamis 16 januari 2020 – 17 januari 2020 jam 11.30 WIB di ruang

Dahlia RSUD Ungaran dengan metode auto anamnesa dan auloanamnesa. Penulis akan membahas lebih mengenai kasus diatas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan akan membandingkan hasil temuan masalah keperawatan dengan teori, didukung jurnal asuhan keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misal, tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area yang perawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda). (Herdman,2015).

Hasil pengkajian pada hari kamis 16 januari 2020 jam 11.30 WIB didapatkan data yaitu keluarga pasien mengatakan pasien nyeri di kepala bagian belakang. Nyeri kepala pada pasien hipertensi disebabkan karena kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O2(oksigen) dan peningkatan CO2 (karbondioksida). (Dody Setyawan, Muslim Argo Bayu Kusuma,2014).

Hal ini karena pada pasien hipertensi akan mengalami nyeri. Pengkajian nyeri dilakukan dengan menggunakan metode (PQRST) untuk mempermudah perawatan dalam melakukan pengkajian nyeri. Metode PQRST merupakan metode membaca buku untuk keperluan studi yang meliputi lima tahap, yaitu

preview, question, read, summerize, dan tes. Tahap *preview, question,* dan *read* pada metode ini bersinonim dengan tahap *survei, question,* dan *read*. Pada metode SQ3R yaitu, dalam tahap-tahap yang dilakukan dan tujuan yang ingin dicapai. Yang tidak bersinonim adalah *summerizes* dan tes (Tri Yastuti,2012).

Dari hasil pengkajian nyeri pada Tn. S didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, P: nyeri timbul saat bergerak, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakng, S: skala nyeri 5 (nyeri sedang), T: nyeri terus-menerus. Dari data obyektif yaitu Pasien terlihat memegang kepala bagian belakang, pasien terlihat merintih kesakitan, pasien terlihat lemas, dari penjelasan di atas pasien termasuk dalam intensitas nyeri sedang.

Dari hasil pemeriksaan tanda – tanda vital pada pasienTD: 180/90 mmhg, S : 36,8 ^{0}C, N : 74 x/menit, RR : 20 x/menit, SPO2 : 98 %. Untuk menjaga tekanan darah tetap normal, pasien rutin minum obat hipertensi yang diberikan oleh dokter dan merubah gaya hidup, seperti mengurangi mengkonsumsi garam, banyak minum air putih, hindari makanan berkolestrol, dan tidur yang cukup.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanaan respons dari seseorang individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. (Herdman,2015).

Berdasarkan hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera biologi. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang bersifat potensial maupun aktual dan intesitasnya berbeda-beda mulai dari ringan sampai berat serta dapat berlangsung kurang maupun lebih dari enam bulan. Pada kasus Tn. S didapatkan masalah nyeri pada kepala bagian belakang. Pasien merasa terganggu untuk melakukan aktivitas, karena jika melakukan aktivitas terasa nyeri pada kepala bagian belakang. Timbulnya rasa nyeri pada kepala dikarenakan vasokontriksi atau penebalan pada pembuluh darah otak dan tekanan darah. Munculnya diagnosa ini didukung dengan data subyektif keluarga pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, skala nyeri 5, nyeri terus-menerus, nyeri seperti ditusuk-tusuk, sesuai dengan kriteria mayor secara verbal. Data obyektif : pasien tampak lemas, pucat, dan merintih kesakitan. Tanda-tanda vital meliputi TD: 180/90 mmHg N: 74x/menit RR: 20x/menit S: 36,8 °C. Data Laboratorium meliputi hasil pemeriksaan darah. Untuk memeriksa kadar kalium, glukosa, kreatinin, sodium, kolestrol.Data tersebut sesuai dengan batasan karatkteristik mayor secara non verbal diagnosa keperawatan nyeri sehingga dapat dirumuskan diagnosa keperawatan ini sesuai .

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dibagi dalam dua kelompok besar yaitu melekat atau tidak dapat diubah seperti jenis kelamin, umur, genetik, dan faktor yang dapat diubah seperti pola makan, kebiasaan olah raga dan lain-lain. Untuk terjadinya hipertensi perlu peran faktor risiko tersebut secara bersama – sama , dengan kata lain satu faktor risiko saja belum cukup menyebabkan timbulnya hipertensi.

3. Intervensi

Setelah diagnosa ditegakan penulis, akan membahas mengenai intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan Agens Cidera Biologis. Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, berkaitan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau yang berpotensi menimbulkan kerusakan.(Emil Salim, Cut Fatimah, Dewi Yul Fanny,2017).

Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn.S dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan masalah nyeri akut berhubungan dengan cidera biologis diharapkan klien tidak pusing dan nyeri kepala berkurang dengan kriteria hasil : (1) nyeri terkontrol, (2) tingkat nyeri dipantau secara regular, (3) mengambil tindakan untuk mengurangi nyeri, (4) mengambil tindakan untuk memberi kenyamanan, (5) efek samping obat terpantau. Untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri penulis merencanakan beberapa rencana tindakan keperawatan berdasarkan (Bulecheck,2016).

Berdasakan hasil pengkajian penulis merumuskan intervensi keperawatan Manajemen Nyeri (1400) untuk mengatasi nyeri akut yang dialami oleh Tn.SRencana keperawatan yang pertama dilakukan pada Tn.S yaitu dengan ajarkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan, selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas

dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Nurman, 2017).

Rencana keperawatan yang kedua dilakukan pada Tn.S yaitu dengan dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri. Salah satunya bentuk istirahat tidur,tujuan dari tidur yaitu agar energi yang disimpan selama tidur dapat di arahkan kembali pada fungsi seluler yang penting. Selain itu, kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya, sehingga keseimbangan mental, emosional, dan kesehatan dapat terjaga.(Mirza Nursyamsu Harfiantoko, Erlin Kurnia,2013).

Rencana keperawatan yang ketiga yaitu kolaborasi dengan tim medis, memberikan obat pada Tn.S yaitu dengan menggunakan obat-obatan penurun nyeri yaitu Antalgin (metampiron) adalah derivate metansulfonat dari Amidopirina yang bekerja terhadap susunan saraf pusat yaitu mengurangi sensitivitas reseptor rasa nyeri dan mempengaruhi pusat pengatur suhu tubuh. Tiga efek utama adalah sebagai analgesik, antipiretik dan anti-inflamasi (Binar alkes,2015 dalam Siti Fatimah, Muji Rahayu, Debi Firma Indari,2017)

4. Implementasi

Setelah menentukan intervensi keperawatan, penulis sudah melakukan implementasi dengan intervensi keperawatan. Implementasi pertama yang dilakukan pada kamis, 17 Januari 2020 yaitu kompres hangat pada leher. Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang

memerlukan. Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit dan memberikan ketenangan pada pasien.(asaski, 2017)

Implementasi yang kedua yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dalam penulis membantu pasien dalam merespon nyeri sehingga mengurangi ketegangan pada otot dan meningkatkan kenyamanan serta meningkatkan koping pada pasien. Penulis melakukan tindakan relaksasi nafas dalam ini dengan alasan karena mengajarkan teknik non farmakologi pada pasien karena bisa mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien dan dapat menambah wawasan atau pengetahuan pasien untuk bisa melakukan relaksasi nafas dalam secara mandiri dirumah. Teknik relaksasi nafas dalam adalah metode, proses, prosedur, kegiatan yang dapat membantu seseorang menjadi rileks, meningkatkan ketenangan, menurunkan cemas, setres atau marah. Latihan relaksasi seringkali digunakan dalam manajemen setres yang ditujukan untuk menurunkan ketegangan pada otot-otot tubuh menjadi rileks , menurunkan tekanan darah, menurunkan nyeri, memjudahkan tidur. (Endeh Nurgiwiati,2015).

Implementasi yang ketiga yaitu memberikan terapi obat analgetik yaitu berupa Antalgin 500 mg.

5. Evaluasi

Evaluasi perkembangan dari diagnosa keperawatan nyeri berhubungan dengan agens cidera biologis, pada hari kamis, 16 Januari 2020 pukul 19.00 WIB didapatkan evaluasi, Pasien mengatakan masih nyeri pada kepala bagian belakang dan didapatkan pengkajian nyeri P: nyeri timbul saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dibagian kepala bagian belakang, S: skala nyeri 5 (nyeri sedang), T: terus-menerus.

Kesimpulan dari evaluasi hari pertama diatas yaitu masalah belum teratasi, oleh karena itu rencana keperawatan yang akan dilakukan penulis untuk hari berikutnya adalah relaksasi nafas dalam,dan Kolaborasi pemberian terapi obat.

Pada hari sabtu, 18 Januari 2020 pukul 13.30 WIB didapatkan evaluasi pengkajian nyeri S: keluarga pasien mengatakan pasien masih terasa nyeri , P: nyeri timbul saat bergerak, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R:keluarga pasien mengatakan pasien nyeri pada kepala bagian belakang , S : skala 5 (nyeri sedang), T: nyeri terus menerus.

O : Pasien tampak Pucat, A : Masalah belum teratasi, P : Lanjutkan intervensi . Kesimpulan dari evaluasi hari kedua yaitu masalah belum teratasi yang dikarenakan pasien tergolong lansia dan sulit dalam berkomunikasi, dan juga pasien diberikan tindakan kadang tidak mau. Jadisetiap rencana keperawatan seperti teknik relaksasi nafas dalam, dan memberikan obat dibantu oleh keluarga

Penghambat pada proses pemberian asuhan keperawatan keperawatan pada kasus ini antaranya kondisi pasien mengalami gangguan pendengaran, dan kesulitan komunikasi. Sedangkan yang mendukung proses pemberian asuhan keperawatan yaitu pasien dan keluarga kooperatif.