

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini menjelaskan asuhan keperawatan yang digambarkan menggunakan pendekatan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi). Menjelaskan intervensi *Slow Deep Breathin dengan kombinasi Head Massage* pada pasien Nyeri kepala Hipertensi.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas



Nama : Ny. K
Tanggal Lahir : 05-09-1958
Umur : 65 tahun
Alamat : Dsn.Gajah Ds.Pogar Kec.Bangil Kab.Pasuruan
Pekerjaan : IRT

Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan Pasien : Anak

2.1.2 Status Kesehatan

1. Keluhan Utama

Nyeri akut, P : nyeri datang tiba-tiba, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : sakit bagian kepala, S : skala nyeri sedang 6, T : nyeri hilang timbul

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien dibawa ke IGD RSUD Bangil pada tanggal 24-02-2023, pada jam 22:39 WIB karena penurunan kesadaran, pasien sejak magrib tadi reflek lemas mual muntah tidak ada, kemudian sesuai advis dokter pasien di pindah ke ruangan anggrek untuk dirawat, dan pasien juga mengeluh nyeri kepala sejak di pindah dari UGD

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung dll.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan orang tua pasien yaitu ibu menderita hipertensi dan rutin minum obat hipertensi. Riwayat penyakit keluarga yang lain tidak ada yang menderita penyakit jantung, diabetes dan lainnya

2.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan Umum

- a. Kesadaran:
- b. GCS: E4 V5 M6
- c. Keadaan Umum

Tekanan Darah: 188/100 mmHg

Nadi: 105 x/menit

RR: 20x/menit

Suhu: 36⁰C

SpO₂: 99%

2. Pemeriksaan Fisik B1-B6

B1 (Breathing)

Inspeksi : bentuk dada simetris, pergerakan dada saat bernapas simetris, pasien bernafas spontan, tidak terpasang alat bantu napas, tidak terdapat otot bantu napas, tidak ada batuk, tidak ada gangguan irama, tidak ada nyeri dada, tidak ada pernapasan cuping hidung, pola napas regular, RR: 20x/menit, SpO₂: 99%.

Palpasi : vocal fremitus teraba, tidak ada nyeri tekan daerah dada, ekspansi dinding dada simetris

Perkusi : bunyi perkusi sonor di kedua lapang paru

Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan

B2 (Blood)

Inspeksi : bentuk dada simetris, ictus cordis tidak tampak, kadar HB 13.95 g/dl

Palpasi : *ictus cordis tidak teraba, konjungtiva tidak anemis, tidak ada kelainan katup aorta, pulmonal, mitral CRT <2detik,*

Perkusi : bunyi perkusi redup

Auskultasi : bunyi jantung S1/S2 tunggal

B3 (Brain)

Inspeksi : Tidak terdapat luka di area kepala, tidak mengalami peningkatan TIK, tidak mengalami perubahan status mental, GCS: E4 V5 M6, keadaan umum compos metis, pupil isokor, tidak ada edema palpebra, pasien mengatakan nyeri bagian kepala seperti ditusuk-tusuk, nyeri datang secara tiba-tiba kemudian nyeri hilang

timbul dan pasien tampak meringis kesakitan, gelisa dan sulit tidur karena nyeri bagian kepala.

N I: tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

N II : tidak ada gangguan penglihatan

N III : tidak terdapat gangguan fungsi motorik pasien mampu menggerakkan bola mata, berkedip, dan terdapat respon pupil.

N IV : tidak terdapat gangguan pada fungsi saraf troklear pasien mampu menggerakkan mata ke bawah, samping dan atas, tidak ada juling.

N V : tidak ada gangguan pada saraf trigeminal pasien mampu mengunyah.

N VI : tidak ada gangguan pada saraf abduksen pasien mampu menggerakkan mata ke arah luar.

N VII : tidak ada gangguan pada saraf fasialis, wajah simetris.

N VIII : tidak ada gangguan pada saraf vestibulokoklear, tidak ditemukan tuli konduktif, dan tuli persepsi.

N IX : tidak terdapat gangguan pada saraf glossofaringeal, pasien mampu mengenali sensasi rasa.

N X : tidak terdapat gangguan pada saraf vagus pasien mampu menelan dengan baik, pasien mampu membuka mulut dengan baik.

N XI : tidak ada gangguan pada saraf aksesorius, tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapizues.

N XII : tidak terdapat gangguan pada saraf hipoglosus, lidah pasien simetris, pasien mampu menggerakkan lidah dengan baik.

B4 (Bladder)

Inspeksi : Tidak terpasang kateter, warna urin kuning, bau khas,
tidak ada kesulitan BAK

Palpasi : tidak ada distensi kandung kencing

B5 (Bowel)

Inspeksi : bentuk abdomen simetris, tidak ada dilatasi lambung,
tidak ada dilatasi abdomen

Auskultasi : bising usus 13x/menit

Palpasi : tidak ada distensi abdomen dan asites.

Perkusi : suara timpani

B6 (Bone)

Inspeksi : tidak terdapat luka dan bekas luka pada ekstremitas,
tidak ada lumpuh, warna kulit sawo matang, warna kuku merah
muda, tidak ada sianosis

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi, konsistensi
otot keras, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas dan bawah,
turgor kulit < 3 detik. Kekuatan Otot

5	5
5	5

2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium:

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	NilaiRujukan
Hematologi			
DarahLengkap			
Haemoglobin (HGB)	13.95	g/dL	13.5 - 17.5 NilaiKritis: <7 Or >21
Eritrosit (RBC)	5.061		4.5 – 5.9
Hematokrit (HCT)	44.6	%	37 – 53 NilaiKritis: <21 Or >65
MCV	88.13	fL	80 – 100
MCH	27.57	Pg	26 – 34
MCHC	L 31.28	%	32 – 36
RDW	12.80	%	11.5 –13.1
Leukosit (WBC)	10.11	x103/ μ L	4.5 – 11 NilaiKritis: <2 Or >2
Eosinophil%	0.5	%	0 – 3
Basophil%	0.5	%	0 – 1
Neutrofil%	H 80.6	%	35 – 66
Limfosit%	L 12.9	%	24 – 44
Monosit%	5.49	%	3 – 6
Eosinophil	0.051	x103/ μ L	0 – 0.33
Basophil	0.05	x103/ μ L	0 – 0.11
Neutrofil	8.1	x103/ μ L	1.5 – 8.5
Limfosit	1.30	x103/ μ L	1.1 – 5.0
Monosit	0.55	x103/ μ L	0.14 – 0.66
PLT	313	x103/ μ L	150 – 450 NilaiKritis: <20 Or >1000
MPV	7337	fL	6.90 – 10.6
NLR	6.23		
Kimia Klinik			
FaalGinjal			
BUN	18	mg/dL	7.8 – 20.23 NilaiKritis: >100
Kreatinin	1.008	mg/dL	0.8 – 1.3 NilaiKritis: \geq 10 (Pasien Non Dialisis)
Elektrolit			
Natrium (Na)	138.60	mmol/L	135 – 147 NilaiKritis: <120 Or >160
Kalium (K)	4.38	mmol/L	3.5 – 5.1 NilaiKritis: <3 Or >6
Clorida (Cl)	H 109.60	mmol/L	95 – 108 NilaiKritis: <80 Or >115
Gula Darah			
Glukosa Darah Sewaktu	401	mg/Dl	<200 NilaiKritis: <50 Or >450

2.1.5 Terapi

1. Infus NS 0,9 20 tpm Iv
2. pantoprazole 40 mg 2x1 Iv
3. Antrain 3x1 Iv
4. Ceftriaxone 2x1 g Iv
5. Metoclopramide 3x1 Iv

2.1.6 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri kepala dan pusing P : nyeri datang tiba-tiba Q : seperti ditusuk-tusuk R : sakit bagian kepala 1. S : Skala nyeri sedang 6 T : nyeri hilang timbul <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tampak meringis 3. Sulit tidur 4. Gelisa 5. Skala nyeri sedang 6 6. TTV TD : 188/100 mmHg N : 105 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit 	<p>Suplai darah ke otak menurun</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pengeluaran mediator kimia (histamine, prostaglandin, bradikinin)</p> <p>↓</p> <p>Informasi transduksi transmisi menurun Modula</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri kepala</p>	Nyeri Akut
2	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk tidur dan tidur hanya <3 jam dalam sehari <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV TD : 188/100 mmHg N : 105 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit 	<p>Suplai darah ke otak menurun</p> <p>↓</p> <p>Hipoksia</p> <p>↓</p> <p>Merangsang pengeluaran mediator kimia (histamine, prostaglandin, bradikinin)</p> <p>↓</p>	Gangguan Pola Tidur

		<p>Informasi transduksi transmisi menurun Modula</p> <p>↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan pola tidur</p>	
3	<p>Data Subyektif</p> <p>- Pasien mengatakan khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, dan sulit berkonsentrasi.</p> <p>Data Obyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak gelisa 2. Sulit tidur 3. TTV <p>TD : 188/100 mmHg N : 105 x/menit S : 36°c RR : 20 x/menit</p>	<p>Tingkat pendidikan</p> <p>↓</p> <p>Kurang sarana informasi</p> <p>↓</p> <p>kurang pengetahuan</p> <p>↓</p> <p>cemas</p>	Ansietas

2.2 Diagnosa dan prioritas masalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien Tampak meringis, Sulit tidur, Gelisa, Skala nyeri sedang 6 TD : 188/100 mmHg, N : 105 x/menit (SDKI D.0077).
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang control tidur dibuktikan dengan mengeluh istirahat tidak cukup dan tidur hanya <3 jam dalam sehari (SDKI D.0055).
3. Ansietas berhubungan dengan Kekhawatiran mengalami kegagalan dibuktikan dengan pasien tampak gelisa, sulit tidur, kurang pengetahuan (SDKI D.0080).

2.3 Intervensi Keperawatan

No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisa menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Poa nafas membaik 6. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 3. Berikan teknik nonfarmakologis (<i>slow deep breathing kombinasi head massage</i>) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 5. Jelaskan penyebab nyeri Kolaborasi 6. Kolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu

2.4 Implementasi Keperawatan

2.4.1 Intervensi manajemen nyeri

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien kelolaan Ny.K selama 3 hari untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisiologis dibuktikan dengan pasien Tampak meringis, Sulit tidur, Gelisa, Skala nyeri sedang 6, TD : 188/100 mmHg, N : 105 x/menit adalah melakukan pengkajian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab nyeri, berkolaborasikan pemberian analgetik, jika perlu.

2.4.2 *Head massage*

Identifikasi dan kontrol pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan awal yang tiba-tiba atau bertahap, ringan hingga berat, dan intensitas persisten diperlukan untuk terapi manajemen nyeri akut..

Head Massage adalah salah satu terapi non-farmakologis, dan teknik-teknik berikut digunakan, eflourage (gosokan) dari tengah dahi sampai kepada kepala belakang melewati atas daun telinga, petrissage (pijatan) daerah kepala dari tepi atas kepala (ubun – ubun), friction (gerusan) dari pelipis sampai atas daun telinga dan friction (gerusan) dari bawah prosesus mastoideus dari sebelah kiri menuju ke kanan yang bertujuan membantu melancarkan peredaran darah vena, relaksasi dan mengurangi nyeri merangsang saraf – saraf besar.

Menurut penelitian (Marlina 2015), Memberi klien pijatan untuk menghilangkan ketidaknyamanan (rasa sakit) pada otot dan tulang adalah intervensi keperawatan yang dikenal sebagai *head massage*. Efektivitas pijat kepala yang diberikan kepada pasien tergantung pada kesediaan mereka untuk mengikuti pedoman berbasis penelitian, yang meliputi bersantai dalam posisi duduk atau berbaring dan benar-benar percaya bahwa pijat dapat membantu dalam proses mengurangi sakit kepala.

2.4.3 *Slow Deep Breathing*

Strategi non-farmakologis kedua, yakni pemberian teknik *slow deep breathing* (relaksasi nafas dalam lambat), merupakan salah satu teknik relaksasi yang dapat menenangkan tubuh dan membantu pasien

merasa kurang atau tidak sakit kepala. Menurut temuan penelitian, sebagian besar sakit kepala yang dialami oleh orang-orang yang telah menjalani latihan pernapasan dalam dapat dikurangi dari ketidaknyamanan sedang menjadi ringan dan memiliki modifikasi yang nyata. (Sheren Kristmas, Dame Elysabeth, 2017). Akibatnya, otak membutuhkan lebih sedikit oksigen dan memanfaatkan lebih sedikit, yang mengurangi respons tubuh terhadap rasa nyeri tersebut

2.5 Evaluasi Keperawatan.

2.5.1 Evaluasi Proses

Tanggal / jam	Evaluasi	Paraf
25-02-2023 13.00 WIB	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala</p> <p>O : - Skala nyeri 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - TD : 188/100 mmHg N : 105 x/menit S : 36°c RR : 20 x/menit GCS : E4 V5 M6 <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologis (<i>slow deep breathing kombinasi head massage</i>) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Jelaskan penyebab nyeri 6. Kolaborasikan pemberian analgetik 	
26-02-2023 13.00 WIB	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala</p> <p>O : - Skala nyeri 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - TD : 155/80 mmHg N : 70 x/menit S : 36°c RR : 20 x/menit GCS : E4 V5 M6 <p>A : Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologis (<i>slow deep breathing kombinasi head massage</i>) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 	

Tanggal / jam	Evaluasi	Paraf
	5. Jelaskan penyebab nyeri Kolaborasikan pemberian analgetik	
27-02-2023 16.00 WIB	S : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang O : - Skala nyeri 0 - Tidak nampak meringis - TD : 140/80 mmHg N : 70 x/menit S : 36°C RR : 20 x/menit GCS : E4 V5 M6 A : Nyeri akut teratasi P : Intervensi dihentikan dengan edukasi : 1. Menerapkan teknik nonfarmakologis (<i>slow deep breathing dengan kombinasi head massage</i>) 2. istirahat dan tidur yang cukup 3. mengetahui penyebab nyeri	

2.5.2 Evaluasi Hasil

Setelah dilakukan tiga kali implementasi pemberian asuhan keperawatan dan penerapan teknik non farmakologis pemberian teknik *slow deep breathing* dengan kombinasi *head massage* pada pada klien 1 Ny.K dengan nyeri akut didapatkan pada hari pertama pasien mengeluh nyeri, Lokasi bagian kepala, Karakteristik nyeri akut, Durasi 1-2 menit, Intensitas hilang timbul, Skala nyeri sedang 6. Untuk hari kedua didapatkan klien masih mengeluh nyeri, lokasi bagian kepala, karakteristik nyeri akut, durasi 1-2 menit, intensitas hilang timbul, skala nyeri sedang 4. Dan untuk hari ketiga didapatkan klien tidak mengeluh nyeri dengan skala nyeri 0. kemudian pada klien 2 Ny.T dengan nyeri akut didapatkan pada hari pertama pasien mengeluh nyeri, lokasi bagian kepala, karakteristik nyeri akut, durasi 1-2 menit, intensitas hilang timbul, skala nyeri sedang 5 menjadi skala nyeri ringan 3. Kemudian pada klien 3 Ny.H dengan nyeri akut didapatkan pada hari pertama pasien mengeluh nyeri, Lokasi bagian

kepala, Karakteristik nyeri akut, Durasi 1-2 menit, Intensitas hilang timbul, Skala nyeri sedang 5 menjadi skala nyeri ringan 2.

Evaluasi pada Ny.K bahwa mengalami penurunan tidak nyeri yang ditandai dengan rasa nyeri yang mengganggu hilang dan tidak memerlukan usaha untuk menahan nyeri, secara objektif pasien tidak mendesis, menyeringai. Kemudian pada klien 2 Ny.T mengalami penurunan skala nyeri sedang 5 menjadi skala nyeri ringan 3 yang dilakukan selama 1x24 jam penerapan intervensi keperawatan, dan pada klien 3 Ny,H mengalami penurunan skala nyeri sedang 5 menjadi skala nyeri ringan 2 yang dilakukan selama 1x24 jam. Penerapan intervensi keperawatan menerapkan *slow deep breathing* dengan kombinasi *head massage* untuk nyeri akut baik selama intervensi diberikan dan juga didukung oleh terapi kolaborasi pemberian obat.



