

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai kasus pasien kelolaan mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Klien

Tabel 2.1 Pengkajian

Identitas	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. G	Tn. R
Usia	75 Tahun	70 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Status	Cerai mati	Carai mati
Pendidikan	SD	SD
Alamat	Panti Werdha	Panti Werdha
Suku	Jawa	Jawa

2.1.2 Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Tn. G meangatakan nyeri kepala bagian tengkuk sudah 2 minggu ini P : Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditekan benda berat R : Nyeri dirasakan di bagian tengkuk S: Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul	Tn. R meangatakan nyeri kepala bagian tengkuk sudah 1 minggu ini P : Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas Q : Nyeri yang dirasakan seperti ditekan benda berat R : Nyeri dirasakan di bagian tengkuk S: Skala nyeri 5 T : Nyeri hilang timbul
Riwayat Kesehatan Sekarang	Tn. G mengatakan sudah lama menderita hipertensi sejak 5 tahun ini, biasanya Tn.G biasanya minum obat untuk darah tinggi nya yang kasih oleh perawat panti setiap hari namun kadang malas meminum obat. Tn.G juga mengatakan sering	Tn. R/1 mengatakan sudah lama menderita hipertensi sejak 3 tahun ini, biasanya Tn.R biasanya minum obat untuk darah tinggi nya yang kasih oleh perawat panti setiap hari namun kadang malas meminum obat. Tn.R juga

	minum kopi yang disediakan oleh panti.	mengatakan selalu makan makanan yang disediakan oleh panti dan sika minum kopi.
Riwayat Penyakit Keluarga	Tn.G mengatakan dulu Ibu nya juga menderita darah tinggi	Tn. R mengatakan dikeluarganya tidak ada yang hipertensi

2.1.3 Pemeriksaan Fisik

<i>Head To Toe</i>	Klien 1	Klien 2
Kepala	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, keadaan rambut botak bagian depan, warnarambut hitam campur putih, struktuk wajah simetris, • Bagian mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, reflek pupil baik, tidak ada peradangan pada kornea dan iris, tidak adakatarak, gerakan mata kanan kiri normal, penglihatan normal • Bagian hidung simetris tidak ada pembengkakan, tidak ada secret, tidak ada sumbatan • Pada bagian mulut dan tenggorokan bentuk mulut simetris, bibir kering, tidak ada sariawan, tidak ada pembengkakan pada gusi, terdapat karies pada gigi klien, tidak ada peradangan pada rongga mulut dan tonsil,tidak ada pembesaran kelenjar tiroid • Pada telinga bentuk simetris terdapat serumen, pendengaran klien masih normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, keadaan rambut botak bagian depan, warna rambut hitam campur putih, struktuk wajah simetris, • Bagian mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera putih, reflek pupil baik, tidak ada peradangan pada kornea dan iris, tidak adakatarak, gerakan mata kanan kiri normal, penglihatan kabyr • Bagian hidung simetris tidak ada pembengkakan, tidak adasecret, tidak ada sumbatan • Pada bagian mulut dan tenggorokan bentuk mulut simetris, bibir kering, tidak ada sariawan, tidak ada pembengkakan pada gusi, terdapat karies pada gigi klien, tidak ada peradangan pada rongga mulut dan tonsil,tidak ada pembesaran kelenjar tiroid • Pada telinga bentuk simetris terdapat serumen, pendengaran klien masih normal.
Dada dan Thoraks	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada otot 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada otot

	<p>bantu nafas, tidak ada retraksi dada, tidak ada batuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskultasi: bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan • Palpasi: tidak ada nyeri tekan, dada kanan kiri simetris. • Perkusi: terdengar bunyi sonor. 	<p>bantu nafas, tidak ada retraksi dada, tidak ada batuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskultasi: bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan, • Palpasi: tidak ada nyeri tekan, dada kanan kiri simetris. • Perkusi: terdengar bunyi sonor.
Jantung	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: Ictus Cordis tidak tampak • Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS V midklavikula sinistra • Perkusi : Terdengar pekak • Auskultasi: tidak terdengar suara murmur, s1 dan s2 terdengar tunggal, Frekuensi nadi 109 x/menit 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: Ictus Cordis tidak tampak • Palpasi : Ictus Cordis teraba di ICS V midklavikula sinistra • Perkusi : Terdengar pekak • Auskultasi: tidak terdengar suara murmur, s1 dan s2 terdengar tunggal, Frekuensi nadi 99x/menit
Abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: bentuk abdomen simetris, warna kulit coklat • Auskultasi: terdengar suara paristaltik 14x/menit • Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada ketegangan otot. • Perkusi: Timpani. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: bentuk abdomen simetris, warna kulit coklat • Auskultasi: terdengar suara paristaltik 10x/menit • Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada

		keteganganotot. • Perkusi: Timpani.
Muskuloskeletal	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: gaya berjalan normal, cara berpindah, tidak ada fraktur, tidak ada pembengkakan pada ekstremitas. • Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot ekstremitas atas skala 5/5 (dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan kuat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi: gaya berjalan normal, cara berpindah, tidak ada fraktur, tidak ada pembengkakan pada ekstremitas. • Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Kekuatan otot ekstremitas atas skala 5/5 (dapat melakukan ROM/1 secara penuh dan dapat melawan tahanan kuat
Genetalia	Pada bagian genetalia simetris, tidak ada pembesaran pada/1skrotum.	Pada bagian genetalia simetris, tidak ada pembesaran pada/1skrotum.
Integumen	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi : Kulit tampak kering, keriput. • Palpasi : Kulit kering 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeksi : Kulit tampak kering. keriput dan terdapat luka garuk • Palpasi : kulit kering
Tanda-Tanda Vital	TD : 170/100 mmhg N/1 : 109x/menit RR : 21x/menit S/1/1: 36,5 C	TD : 160/90 mmhg N/1 : 99x/menit RR : 20x/menit S/1/1: 36,4 C

a. Pengkajian Psikososial

Klien 1	Klien 2
Pada pengkajian psikososial didapatkan hasil klien tampak cemas karna nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan sejak tinggal dipantiklien males berinteraksi dengan orang lain biasanya klien nonton youtube di hp	Pada pengkajian psikososial didapatkan hasil klien tampak cemas karna nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan biasanya sering duduk-duduk didepan asrama sama teman-temannya. Klien bisa melakukan

nya. Klien bisa melakukan semua aktivitas sehari- harinya secara mandiri, emosi klien stabil.	semua aktivitas sehari- harinya secara mandiri, emosi klien stabil.
---	---

b. Pengkajian Tingkat Depresi

Klien 1	Klien 2
Pada pengkajian skala depresi geriatrik didapatkan skor 4 dengan intepretasi hasil tidak mengalami depresi. Pada penilain depresi menurut beck AT & beck RW didaptnkan nilai skor 4 (deperesi tidakada atau minimal). pada skrining apgar keluarga didapatkan skor 5yaitu disfungsi sedang.	Pada pengkajian skala depresi geriatrik didapatkan skor 4 dengan intepretasi hasil tidak mengalami depresi. Pada penilain depresi menurut beck AT & beck RW didaptnkan nilai skor 4 (deperesi tidak ada atau minimal). pada skrining apgar keluarga didapatkan skor 5MMMMyaitu disfungsi sedang.

c. Pengkajian Kognitif

Klien 1	Klien 2
Pada pengkajian SPMSQ didapatkan skor 1 yaitu fungsi intelektual/utuh. pada pengkajian MMSE didapatkan skor 25 yang menunjukkan bahwa normal/tidak ada gangguan kognitif pada klien	Pada pengkajian SPMSQ didapatkan skor 4 yaitu fungsi intelektual kerusakan ringan. pada pengkajian MMSE didapatkan skor 18 yang menunjukkan bahwa klie gangguan kognitif sedang

d. Pengkajian Perilaku Kesehatan

Klien 1	Klien 2
Pada pengkajian perilaku kesehatan diadapatkan bahwa klien memiliki riwayat merokok tapi sejak dipanti klien tidak merokok, makan 3 kali sehari, jumlah makanan yang dihabiskan ½ porsi, jikaada makanan tambahan seperti camilan kadang dihabiskan.Frekuensi minum klien > 3	Pada pengkajian perilaku kesehatan diadapatkan bahwa klien memiliki riwayat merokok tapi sejak dipanti klien tidak merokok, makan 3 kali sehari, jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi, jikaada makanan tambahan seperti camilan dihabiskan. Frekuensi minum klien >3 gelas dalam

<p>jenis minuman yang diminum adalah air putih, susu dan kopi serta tea, Klien memiliki kebiasaan tidur 5-6 jam tetapi sering terbangun karena nyeri kepala. Pola eliminasi BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek dan tidak ada gangguan dalam BAB. Pola BAK 1-3 kali sehari berwarna kuning jernih. pola aktifitas klien tidak melakukan kegiatan produktif apapun. pola pemenuhan kebersihan diri klien mandi 2 kadang 3 kali sehari memakai sabun dan menggosok gigi 2 kali sehari menggunakan pasta gigi, kebiasaan berganti pakaian setiap selesai mandi.</p>	<p>sehari jenis minuman yang diminum adalah air putih, susu dan kopi serta tea, Klien memiliki kebiasaan tidur 7 jam. Pola eliminasi BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lembek dan tidak ada gangguan dalam BAB. Pola BAK >3 kali sehari berwarna kuning jernih. pola aktifitas klien tidak melakukan kegiatan produktif apapun. pola pemenuhan kebersihan diri klien mandi 2 kadang 3 kali sehari memakai sabun dan menggosok gigi 1 kali sehari menggunakan pasta gigi, kebiasaan berganti pakaian setiap selesai mandi.</p>
--	---

e. Pengkajian Determinan Nutrisi

Klien 1	Klien 2
<p>Pada pengkajian determinan nutrisi didapatkan hasil skor 1 yang menunjukkan bahwa nutrisi baik.</p>	<p>Pada pengkajian determinan nutrisi didapatkan hasil skor 1 yang menunjukkan bahwa nutrisi baik.</p>

f. Pengkajian Fungsional

Klien 1	Klien 2
<p>Pada pengkajian fungsional berdasarkan barthel indeks didapatkan skor 100 yang menyatakan klien mandiri, pada indeks KATZ dengan hasil indeks A yaitu kemandirian lansia dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.</p>	<p>Pada pengkajian fungsional berdasarkan barthel indeks didapatkan skor 100 yang menyatakan klien mandiri, pada indeks KATZ dengan hasil indeks A yaitu kemandirian lansia dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.</p>

g. Pengkajian Keseimbangan

Klien 1	Klien 2
Hasil pengkajian keseimbangan (Tinneti, ME, dan Ginter,SF, 1998) didapatkan hasil 4 dengan kriteria hasil resiko jatuh rendah. Hasil pengkajian TUG Test didapatkan hasil skor 10 detik yang menyatakan resiko jatuh rendah.	Hasil pengkajian keseimbangan (Tinneti, ME, dan Ginter,SF, 1998) didapatkan hasil 6 dengan kriteria hasil resiko jatuh sedang. Hasil pengkajian TUG Test didapatkan hasil skor 12 detik yang menyatakan resiko jatuh rendah.-sedang

h. Pengkajian Lingkungan

Klien 1	Klien 2
Pada pengkajian lingkungan yang ditinggali klien ditemukan bentuk bangunan yaitu asrama, jenis bangunan permanen, atap rumah genting, dinding tembok, lantai keramik dan kebersihan lantai baik, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan prabot baik dan rapi dan kelengkapan alat rumah tangga lengkap. Sanitasi pada asrama penyediaan air bersih dari sumur, penyediaanair minum beli galon aqua, pengolahan jamban bersama jenis jamban yang digunakan leher angsa, jarak dengan sumber air > 10meter.	Pada pengkajian lingkungan yang ditinggali klien ditemukan bentuk bangunan yaitu asrama, jenis bangunan permanen, atap rumah genting, dinding tembok, lantai keramik dan kebersihan lantai baik, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan prabot baik dan rapi dan kelengkapan alat rumah tangga lengkap. Sanitasi pada asrama penyediaan air bersih dari sumur, penyediaanair minum beli galon aqua, pengolahan jamban bersama jenis jamban yang digunakan leher angsa, jarak dengan sumber air > 10meter.

2.1.4 Terapi Farmakologi

Tabel 2.2 Terapi Farmakologi

Nama Obat	
Klien 1	Amplodipin 1x10 mg /Oral

	Ibu Profen 2x 200mg /Oral
Klien 2	Amplodipin 1x10 mg / Oral

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.3 Pemeriksaan Penunjang Tanggal 1/7/2024

Tanda-tanda Vital	
Klien 1	TD : 170/100 mmhg N : 109x/menit RR : 21x/menit S : 36,5 C
Klien 2	TD : 160/90 mmhg N : 99x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 C

2.2 Analisa Data

Tabel 2.4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
Klien 1	<p>DS: Tn. G meangatakan nyeri kepala bagian tengkuk sudah 2 minggu ini</p> <p>P: Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas</p> <p>Q : Nyeri yang dirasakan seperti tekan benda berat</p> <p>R : Nyeri dirasakan di bagian tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Bersikap protektif dengan cara memegang tengkuknya • Vital sign: TD: 170/100 Mmgh N: 109x/menit 	<p>Agen pencendera fisik</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>

	RR: 21×/menit S: 36.5°C		
Klien 2	<p>DS:</p> <p>Tn. R meangatakan nyeri kepala bagian tengkuk sudah 1 minggu ini</p> <p>P : Nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas</p> <p>Q : Nyeri yang dirasakan seperti benda berat</p> <p>R : Nyeri dirasakan di bagian tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 5</p> <p>T : Nyeri hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak meringis • Bersikap protektif dengan cara memegangi tengkuknya • Vital sign: TD: 160/90 Mmgh N: 99×/menit RR: 20×/menit S: 36.4°C 	Agen pencendera fisik	Nyeri akut (D.0077)

2.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandaidengan peningkatan tekanan darah (D.0077)

2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Nyeri Akut

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d peningkatan tekanan darah (D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik 8. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi relaksasi autogenik) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 10. Fasilitasi istirahat tidur <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Relaksasi Autogenik) 14. Kalaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
2	Nyeri akut b.d agen pencedera	Setelah dilakukan tindakan	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><u>Observasi</u></p>

fisiologis d.d peningkatan tekanan darah (D.0077)	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgesik <u>Terapeutik</u> 8. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Terapi relaksasi nafas dalam) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 10. Fasilitasi istirahat tidur <u>Edukasi</u> 11. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri 13. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Relaksasi nafas dalam) <u>Kalaborasi</u> 14. Kalaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
---	---	---

BINA SEHAT PPNI

2.5 Implementasi keperawatan

Tabel 2.6 Implementasi keperawatan

No	Tanggal	Waktu	Implementasi
Klien 1	Selasa, 2 juli 2024	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul 2. Mengidentifikasi respon non verbal Respon: Klien meringis sambil memegang tengkuknya 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon: Klien mengatakan saat beraktivitas semakin bertambah nyerinya dan berkurang saat istirahat 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Respon: Klien mengetahui nyeri yang dirasakan disebabkan oleh darah tinggi nya. 5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Respon: Klien merasa aktivitas sehari-harinya terganggu karna nyeri yang dirasakan. 6. Memonitor efek samping penggunaan analgesik Respon:

			<p>Klien merasa nyeri nya berkurang sehabis minum obat anti nyeri hanya saja tidak bertahan lama.</p> <p>7. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi autogenik</p> <p>Respon Penulis memberikan terapi Relaksasi autogenik selama 10 menit (SOP terlampir)</p> <p>8. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Respon Memastikan tempat tidur klien bersih nyaman, mengurangi kebisingan dengan menutup pintu dan mengatur pencahayaan kamar klien.</p> <p>9. Memfasilitasi istirahat tidur</p> <p>Respon Klien mengatakan cukup nyaman dengan tempat tidur yang fasilitasi oleh panti</p> <p>10. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>Respon: Klien sudah memahami penyebab,periode dan pemicu nyeri</p> <p>11. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan penerapan terapi Relaksasi autogenik yang telah diajarkan</p> <p>Respon Lansia memahami cara meredakan nyeri dengan penerapan terapi relaksasi autogenik.</p> <p>12. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu tehnik Relaksasi Autogenik</p> <p>Respon: Klien mempraktekan tehnik relaksasi autogenik</p> <p>13. Melakukan kalaborasi pemberian obat</p> <p>Respon:</p>
--	--	--	--

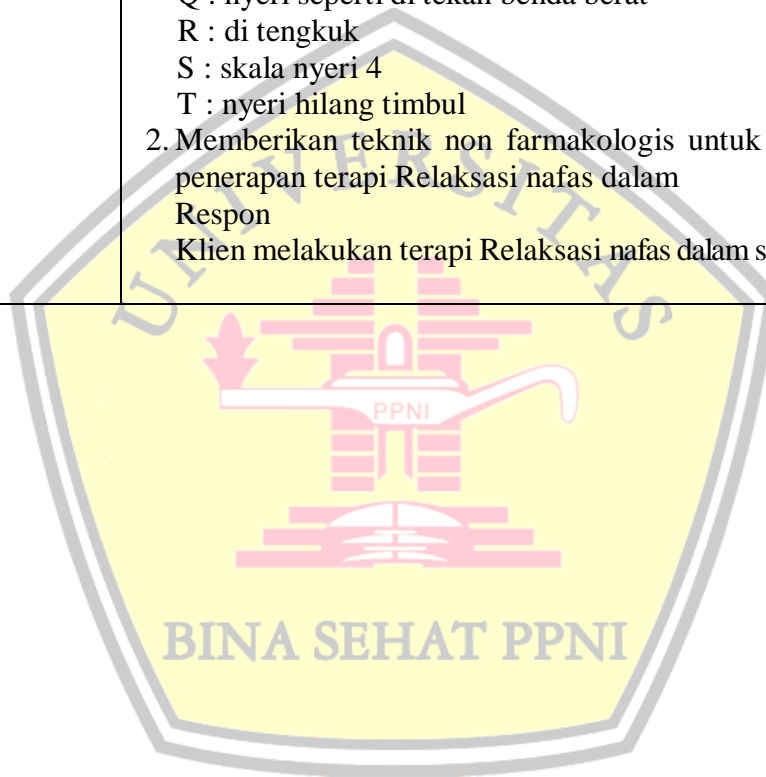
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplodipin 1x10 mg ▪ Ibu profen 2x200 mg
	Rabu 3 juli 2024	10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri. Respon P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul 2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi autogenik Respon Klien melakukan terapi Relaksasi autogenik selama 10 menit untuk meredakannyeri. 3. Melakukan kalaborasi pemberian obat Respon: Amplodipin 1x10 mg Ibu profen 1x200 mg

	Kamis 4 juli 2024	10.00	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 2 T : nyeri hilang timbul</p> <p>2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi autogenik Respon Klien melakukan terapi Relaksasi utogenik selama 10 menit untuk meredakan MM nyeri.</p>
Klien 2	Selasa 2 juli 2024	10.30	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul</p> <p>2. Mengidentifikasi respon non verbal Respon: Klien meringis sambil memegang tengkuknya</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Respon: Klien mengatakan saat beraktivitas semakin bertambah nyerinya dan berkurang saat istirahat</p> <p>4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Respon:</p>

			<p>Klien mengetahui nyeri yang dirasakan disebabkan oleh darah tinggi nya.</p> <p>5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup Respon: Klien merasa aktivitas sehari-harinya terganggu karna nyeri yang dirasakan.</p> <p>6. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi autogenik Respon Penulis memberikan terapi Relaksasi nafas dalam selama 10 menit</p> <p>7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Respon Memastikan tempat tidur klien bersih nyaman, mengurangi kebisingan dengan menutup pintu dan mengatur pencahayaan kamar klien.</p> <p>8. Memfasilitasi istirahat tidur Respon Klien mengatakan cukup nyaman dengan tempat tidur yang fasilitasi oleh panti</p> <p>9. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Respon: Klien sudah memahami penyebab,periode dan pemicu nyeri</p> <p>10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan penerapan terapi Relaksasi/nafas dalam yang telah diajarkan Respon Lansia memahami cara meredakan nyeri dengan penerapan terapi relaksasi nafas dalam.</p> <p>11. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu tehnik Relaksasi nafas dalam Respon: Klien mempraktekan tehnik relaksasi nafas dalam</p> <p>12. Melakukan kalaborasi pemberian obat</p>
--	--	--	---

			<p>Respon</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amplodipin 1x10 mg
	Rabu 3 Juli 2024	10.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul 2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi nafas dalam Respon Klien melakukan terapi Relaksasi nafas dalam selama 10 menit untuk meredakan nyeri. 3. Melakukan kalaborasi pemberian obat Respon: - Amplodipin 1x10 mg

	Kamis 4 Juli 2024	10.30	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>Respon</p> <p>P : nyeri saat melakukan aktivitas</p> <p>Q : nyeri seperti di tekan benda berat</p> <p>R : di tengkuk</p> <p>S : skala nyeri 4</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan cara penerapan terapi Relaksasi nafas dalam</p> <p>Respon</p> <p>Klien melakukan terapi Relaksasi nafas dalam selama 10 menit untuk meredakan nyeri.</p>
--	----------------------	-------	--



2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2.6 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal & Waktu	S-O-A-P	TTD
Klien 1	Selasa 02 Juli 2024 10.10	<p>S :</p> <p>Lansia masih mengeluh nyeri P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak meringis/menahan nyeri - Bersikap protektif terhadap daerah nyeri - Vital sign <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah: 160/90 mmHg Nadi: 100x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri, identifikasi Respon nyeri non verbal 2. Berikan teknik non farmakologis (Relaksasi autogenik) untuk mengurangi nyeri 3. Kalaborasi pemberian obat 	
2	Rabu, 3 Juli 2024 10.10	<p>S :</p> <p>Lansia mengatakan nyeri berkurang P : nyeri saat melakukan aktivitas</p>	

		<p>Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 3 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia masih tampak meringis - Bersikap protektif terhadap daerah nyeri - Vital sign <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah: 140/90 mmHg Nadi: 90x/menit Suhu: 36,5°C RR 20x/menit <p>A : Masalah nyeri belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri, identifikasi Respon nyeri non verbal 2. Berikan tehnik non farmakologis (Relaksasi Autogenik) untuk mengurangi nyeri 3. Kalaborasi pemberian obat 	
	<p>Kamis, 4 Juli 2024 10.10</p>	<p>S :</p> <p>Lansia mengatakan nyeri berkurang P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 2 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Lansia sudah tampak tenang saat berkomunikasi - Vital sign <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah: 130/90 mmHg Nadi: 80x/menit Suhu: 36,5°C RR : 20x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anjurkan klien minum obat secara teratur ▪ Anjurkan klien untuk diet hipertensi ▪ Anjurkan klien untuk menerapkan terapi relaksasi autogenik secara mandiri 	
Klien 2	Selasa 2 Juli 2024 10.40	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lansia masih mengeluh nyeri P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbu <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak meringis/menahan nyeri - Bersikap protektif terhadap daerah nyeri - Vital sign <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah: 160/90 mmHg Nadi: 100x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit A : Masalah nyeri belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri, identifikasi Respon nyeri non verbal 2. Berikan teknik non farmakologis (Relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri 3. Kalaborasi pemberian obat 	
	<p>Rabu 3 Juli 2024 10.40</p>	<p>S :</p> <p>Lansia masih mengeluh nyeri P : nyeri saat melakukan aktivitas Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak meringis/menahan nyeri - Bersikap protektif terhadap daerah nyeri - Vital sign <ul style="list-style-type: none"> Tekanan darah: 140/90 mmHg Nadi: 90x/menit Suhu : 36,5°C RR : 20x/menit <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi skala nyeri, identifikasi Respon nyeri non verbal 2. Berikan teknik non farmakologis (Relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi nyeri 3. Kalaborasi pemberian obat 	
	<p>Kamis 4 Juli 2024 10.40</p>	<p>S :</p> <p>Lansia masih mengeluh nyeri P : nyeri saat melakukan aktivitas</p>	

		<p>Q : nyeri seperti di tekan benda berat R : di tengkuk S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbu</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lansia tampak meringis/menahan nyeri- Bersikap protektif terhadap daerah nyeri- Vital sign<ul style="list-style-type: none">Tekanan darah: 140/90 mmHgNadi: 85x/menitSuhu : 36,5°CRR : 20x/menit <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan klien untuk minum obat secara teratur- Anjurkan klien untuk diit hipertensi- Anjurkan klien untuk menerapkan terapi relaksasi autogenik	
--	--	--	--