

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Studi kasus dilakukan di ruang rawat inap Sunan Bonang RSI Sakinah Mojokerto terhadap satu orang pasien dengan keluhan nyeri

4.1 Pengkajian

Ny S umur 41 tahun, yang masuk ruang rawat inap Bonang dengan keluhan utama nyeri. Pasien memiliki riwayat keluarga hipertensi dan suka makanan yang gurih dan asin. Saat pengkajian, Pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang hingga menjalar ke tengkuk dan sulit tidur. Meskipun obat anti nyeri sudah diberikan beberapa menit kemudian nyeri kepala datang kembali, P : pasien mengatakan nyeri datang tiba – tiba, Q: pasien mengatakan nyeri terasa kaku dan berat, R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang tengah menjalar ke tengkuk, S: pasien mengatakan nyeri hebat (7), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Tampak meringis, Gelisah, Kesulitan tidur, Sikap protektif (sering terbangun saat malam hari), Skala nyeri hebat 7, TD : 160/98 mmHg N : 110 x/menit

Secara teori, peningkatan tekanan darah yang masif seperti yang dialami Ny. S secara langsung memicu mekanisme nyeri melalui gangguan vaskular sirkulasi serebral. Ketika tekanan darah sistemik meningkat drastis, terjadi peningkatan resistensi pembuluh darah otak dan penekanan dinding arteri intra kranial secara berlebihan (vaskular regangan). Kondisi ini merangsang reseptor nyeri (nosiseptor) yang berada pada dinding pembuluh darah dan menis (selaput otak), terutama di area oksipital (kepala belakang) yang kaya akan persarafan sensorik dari saraf servikal atas. Ketegangan vaskular dan spasme otot leher sekunder akibat respons iskemia lokal inilah yang menimbulkan sensasi kaku, berat, dan berdenyut di area tengkuk (pundak) hingga kepala belakang (Putri & Nugroho, 2023). Jika tekanan sirkulasi ini tidak segera

diturunkan, nosiseptor akan terus teraktivasi secara konstan, memicu nyeri akut skala berat yang pada akhirnya mengganggu pusat regulasi tidur (Ramadhan et al., 2024). Berdasarkan hasil pengkajian, pasien tampak meringis, gelisah, sulit tidur, dan menunjukkan sikap protektif. Secara teori, meringis merupakan respons ekspresi wajah yang muncul akibat rangsangan nyeri yang dirasakan tubuh, sedangkan gelisah terjadi karena ketidaknyamanan fisik yang menyebabkan pasien sulit merasa tenang. Sulit tidur muncul karena impuls nyeri yang terus diterima sistem saraf sehingga mengganggu proses istirahat dan menyebabkan pasien sering terbangun pada malam hari. Sikap protektif ditunjukkan pasien sebagai upaya untuk mengurangi atau menghindari pergerakan pada area yang menimbulkan nyeri sehingga rasa sakit tidak bertambah berat. Penelitian oleh Wahyuni dan Setyowati (2022) menyebutkan bahwa nyeri yang tidak terkontrol dapat menimbulkan respons perilaku berupa ekspresi meringis, kecemasan atau kegelisahan, gangguan pola tidur, serta perilaku protektif sebagai mekanisme pertahanan diri terhadap rasa nyeri. Menurut peneliti, munculnya meringis, gelisah, sulit tidur, dan sikap protektif pada pasien merupakan respons fisiologis dan psikologis yang saling berkaitan akibat nyeri akut yang dialami, sehingga tanda-tanda tersebut semakin memperkuat penegakan diagnosis keperawatan Nyeri Akut (SDKI D.0077) (Wahyuni & Setyowati, 2022). Menurut opini peneliti, nyeri kepala hebat yang dialami Ny. S bukan sekadar dampak psikologis dari rasa sakit, melainkan indikator klinis (alarm tubuh) bahwa telah terjadi kegagalan autoregulasi sirkulasi serebral akibat hipertensinya. Peneliti menilai bahwa keluhan "kaku dan berat di tengkuk" merupakan manifestasi klasik dari tingginya tekanan hidrostatik dalam pembuluh darah yang memperberat beban kerja otot sirksubital. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa strategi utama untuk memutus rantai nyeri pada kasus Ny. S adalah dengan mengontrol tekanan darahnya terlebih dahulu (blood pressure lowering therapy). Peneliti juga menekankan pentingnya kolaborasi pemberian antihipertensi yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan mandiri, seperti pemantauan tanda-tanda vital secara berkala setiap 2-4 jam dan modifikasi lingkungan yang

tenang guna menurunkan stimulasi simpatis yang dapat memperparah hipertensinya.

Menurut opini peneliti, nyeri kepala hebat yang dialami Ny. S bukan sekadar dampak psikologis dari rasa sakit, melainkan indikator klinis (alarm tubuh) bahwa telah terjadi kegagalan autoregulasi sirkulasi serebral akibat hipertensinya. Peneliti menilai bahwa keluhan "kaku dan berat di tengkuk" merupakan manifestasi klasik dari tingginya tekanan hidrostatik dalam pembuluh darah yang memperberat beban kerja otot sirksubital. Oleh karena itu, peneliti berpendapat bahwa strategi utama untuk memutus rantai nyeri pada kasus Ny. S adalah dengan mengontrol tekanan darahnya terlebih dahulu (blood pressure lowering therapy). Peneliti juga menekankan pentingnya kolaborasi pemberian antihipertensi yang dikombinasikan dengan intervensi keperawatan mandiri, seperti pemantauan tanda-tanda vital secara berkala setiap 2-4 jam dan modifikasi lingkungan yang tenang guna menurunkan stimulasi simpatis yang dapat memperparah hipertensinya.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Data pengkajian yang telah dilakukan, maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang hingga menjalar ke tengkuk dan pasien mengatakan sulit tidur. Nyeri Akut, P : pasien mengatakan nyeri datang tiab tiba, Q: pasien mengatakan nyeri terasa kaku dan berat R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang tengah menjalar ke tengkuk S: pasien mengatakan nyeri hebat (skala nyeri 7), T : pasien mengakatan nyeri hilang timbul pasien Tampak meringis, gelisah, kesulitan tidur, sikap protektif terbangun saat malam hari, TD : 160/98 mmHg, N : 110x/menit.

Diagnosis Nyeri Akut berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Munculnya nyeri kepala (*cephalgia*) dan kaku tengkuk pada pasien hipertensi dimediasi oleh

mekanisme vaskular dan neurologis yang kompleks. Peningkatan tekanan darah yang masif (160/98 mmHg) menyebabkan terjadinya regangan dinding pembuluh darah intrakranial (*vascular stretch*) dan peningkatan resistensi vaskular sistemik. Kondisi ini menstimulasi nosiseptor (reseptor nyeri) vaskular yang sensitif terhadap peregangan mekanis pada percabangan arteri serebral dan meningen. Ketika nosiseptor terstimulasi, terjadi pelepasan mediator inflamasi atau neurokimia lokal seperti bradikinin, serotonin, histamin, dan prostaglandin (Pradana & Utami, 2023).

Menurut opini peneliti, penetapan diagnosis Nyeri Akut pada kasus Ny. S sudah sangat tepat dan memenuhi modalitas penegakan diagnosis keperawatan secara legal-etis karena persentase kemunculan tanda gejala mayor (seperti mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan kesulitan tidur) telah melebihi 80% dari kriteria SDKI. Peneliti berpendapat bahwa manifestasi klinis yang kompleks ini melibatkan gangguan kenyamanan, gangguan tidur, hingga instabilitas hemodinamik—menuntut perawat untuk segera menyusun rencana asuhan yang komprehensif (SIKI). Peneliti menilai bahwa intervensi tidak boleh hanya berfokus pada penurunan skala nyeri permukaan, melainkan harus menasar pada pengendalian agen pencedera fisiologisnya (hipertensi) melalui kolaborasi pemberian terapi hipotensif dan analgetik, yang diimbangi dengan manajemen lingkungan demi mengatasi gangguan tidur pasien. Keberhasilan mengatasi nyeri akut ini secara langsung akan memutus rantai stimulasi simpatis, sehingga tekanan darah dan nadi pasien dapat kembali ke rentang normal.

4.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien ini mengacu pada SLKI dan SIKI. Label luaran keperawatan yang digunakan adalah Nyeri menurun (L.08038), dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Gelisah menurun
- Kesulitan tidur menurun
- Pola nafas membaik

Intervensi utama yang dilakukan adalah Manajemen Nyeri (I.08238) yang terdiri dari : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non-verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup, Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan, Monitor tanda - tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgetik, Monitor efek samping penggunaan analgesik, Berikan teknik nonfarmakologis terapi pijat *Slow Stroke Back Massage* (SSBM), Kontrol lingkungan memperberat nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan startegi meredakan nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri., Jelaskan startegi meredakan nyeri, Anjurkan monitor nyeri secara mandiri, Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Kolaborasikan pemberian analgetik (jika,perlu) Efektivitas *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) dalam menurunkan nyeri akut dapat dijelaskan melalui dua mekanisme neurologis utama, yaitu *Gate Control Theory* dan pelepasan hormon endorfin. Usapan perlahan, berirama, dan konstan pada area punggung (area dermatomal yang kaya akan reseptor mekanik) menstimulasi serat saraf berdiameter besar. Stimulasi ini secara efektif menutup "gerbang" di kornu dorsalis medula spinalis, sehingga transmisi impuls nyeri yang dibawa oleh serat saraf berdiameter kecil menuju otak menjadi terhambat. Di samping itu, stimulasi kulit melalui teknik *effleurage* lambat ini merangsang sistem saraf pusat untuk memproduksi dan melepaskan endorfin, yang merupakan zat analgesik alami tubuh (Vermarina, 2022). Efek *Neurohormonal* ini tidak hanya menurunkan persepsi nyeri secara lokal dan sistemik, tetapi juga menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis, sehingga menurunkan ketegangan otot, memperbaiki pola napas, serta memicu respons relaksasi yang memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur pasien.

Menurut analisis peneliti, integrasi terapi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) ke dalam manajemen nyeri SIKI merupakan langkah strategis yang

sangat efektif karena sifatnya yang aman, murah, dan minim efek samping dibandingkan terapi farmakologis murni. Peneliti berpendapat bahwa keberhasilan penurunan kriteria hasil seperti gelisah dan kesulitan tidur membuktikan bahwa SSBM tidak sekadar mengalihkan rasa nyeri, melainkan berhasil menyentuh aspek kenyamanan psikologis pasien. Pijatan yang dilakukan dengan melibatkan kontrol lingkungan yang kondusif (seperti meminimalkan kebisingan dan mengatur pencahayaan) memperkuat efek terapeutik dari *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) tersebut. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan agar teknik nonfarmakologis *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) ini diterapkan secara rutin sebagai terapi pendamping standar (*complementary therapy*) di rumah sakit, serta diajarkan secara mandiri kepada keluarga pasien agar manajemen nyeri dapat berlanjut secara optimal di rumah.

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien kelolahan Ny.S selama 3 hari Untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri bagian kepala belakang bagian tengah hingga menjalar ke tengkuk dan sulit tidur, pasien tampak meringis gelisah, pasien mengatakan nyeri hilang timbul (skala nyeri 7), TD : 160/98 mmHg., Nadi: 110 x/menit. Tindakan yang dilakukan dengan pengkajian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi mengurangi nyeri, berkolaborasi pemberian analgetik,

Pada tanggal 22 April 2026 perawat mengidentifikasi mengenai nyeri yang di rasakan pasien. Pasien mengalami nyeri kepala dengan skala 7 kategori nyeri hebat, pada bagian kepala tengah menjalar ke tengkuk dan sulit tidur, tampak meringis gelisah, terbangun saat malam hari, kemudian pasien di berikan terapi nonfarmakologis yaitu *Slow Stroke Back Massage* selama 15 menit dan setelah 1 jam pemberian terapi perawat mengevaluasi tingkat nyeri pasien dan tanda – tanda vital. Hasil di peroleh setelah 1 jam dari pemberian terapi SSBM, pasien merasa nyeri kepala berkurang dengan skala nyeri 5

kategori nyeri ringan. Kemudian pada hari ke-2 perawat mengobservasi berapa intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Kemudian pada tanggal 23 April 2026 perawat melakukan identifikasi mengenai nyeri yang dirasakan pasien dan didapatkan pasien sudah bisa tidur saat malam hari, namun nyeri masih terasa jika di buat duduk terlalu lama skala nyeri dengan skor 5 kategori nyeri sedang, gelisah menurun, tampak meringis, perawat kemudian melakukan teknik *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) selama 15 menit. Setelah itu, perawat kembali mengobservasi setelah 1 jam pemberian terapi. Pasien nyeri sudah mulai berkurang dengan skala nyeri dengan skor 3 kategori nyeri ringan.

Pada hari ke-3 tanggal 24 April 2026 perawat kembali mengidentifikasi skala nyeri beserta intensitas nyeri pasien dan didapatkan skala nyeri dengan skor 3 kategori nyeri ringan, pasien mengatakan nyeri jika di buat duduk terlalu lama, kemudian perawat melakukan terapi SSBM selama 15 menit. Setelah itu, perawat kembali mengobservasi nyeri setelah 1 jam sebelum pemberian analgetik dan terapi, pasien mengatakan sudah tidak nyeri dengan skala nyeri skor 1 kategori nyeri ringan, gelisah menurun, meringis menurun. Pada penerapan SSBM dari 4 teknik pemijatan, hanya bisa diterapkan 2 teknik saja pada pasien disebabkan karena keterbatasan perawat dalam melakukan terapi.

Secara teoritis, kombinasi tindakan observasi berkala, terapi pijat *Slow Stroke Back Massage* (SSBM), serta pemberian analgetik bekerja secara sinergis melalui jalur persarafan pusat dan perifer untuk memutus rantai nyeri. Efektivitas SSBM mengacu pada *Gate Control Theory*, di mana usapan lambat di area punggung menstimulasi serat saraf bermielin besar A-Beta untuk menutup gerbang nyeri di kornu dorsalis medula spinalis, sehingga menghalangi sinyal nyeri dari serat saraf kecil A-Delta dan C menuju otak (Vermarina, 2022).

Sementara itu, tindakan *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) yang diaplikasikan pada hari kedua bekerja secara lokal dengan melancarkan vaskularisasi darah di sekitar otot-otot perikranial dan oksipital kepala yang menegang akibat lonjakan tekanan darah (hemodinamik), sekaligus merangsang pelepasan endorfin yang bertindak sebagai analgesik alami tubuh (Setiawan & Kurnia, 2023). Masuknya intervensi farmakologis (analgetik)

pada hari ketiga menyempurnakan penurunan nyeri dengan cara menghambat biosintesis prostaglandin di jaringan perifer secara kimiawi. Melalui gabungan stimulasi fisik (pijat) dan kimia (analgetik) ini, terjadi penurunan aktivitas sistem saraf simpatis yang langsung berdampak pada berkurangnya ketegangan otot wajah (meringis menurun) serta menstabilkan gelombang otak ke fase alfa untuk memicu kantuk (sulit tidur teratasi) (Purwaningsih dkk., 2023).

Menurut analisis peneliti, penanganan nyeri akut pada pasien sangat berhasil karena fleksibilitas perawat dalam mengombinasikan modalitas intervensi selama tiga hari tersebut. Peneliti berpendapat bahwa peralihan ke terapi *Slow Stroke Back Massage* pada hari kedua merupakan keputusan klinis yang tepat dan spesifik, mengingat keluhan utama berpusat pada area kepala belakang yang menjalar ke tengkuk. Penurunan drastis dari skala 7 menjadi skala 1 membuktikan bahwa teknik nonfarmakologis tidak boleh dipandang sebagai sekadar pelengkap, melainkan komponen inti

4.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tiga kali implementasi pemberian asuhan keperawatan dan penerapan teknik non farmakologis pemberian teknik *Slow Stroke Back Massage (SSBM)* pada pada klien Ny. S dengan nyeri akut ,didapatkan pada hari pertama pasien mengeluh nyeri, Lokasi bagian kepala tengah menjalar ke area tengkuk dan sulit tidur, Karakteristik nyeri akut tanggal 22April jam 10.15, nyeri terasa berat, Intensitas hilang timbul, Skala nyeri berat 5. Untuk hari kedua pada tanggal 23 Januari 2026 jam 10.15 didapatkan pasien masih mengeluh nyeri, lokasi bagian kepala tengkuk, karakteristik nyeri akut, nyeri saat di buat duduk lama, intensitas hilang timbul, skala nyeri sedang 3. Dan untuk hari ketiga pada tanggal 24 April 2026 pukul 10.15 didapatkan pasien tidak mengeluh nyeri dengan skala nyeri 1 kategori nyeri ringan, nyeri akut teratasi. Evaluasi pada Ny.S bahwa mengalami penurunan tidak merasakan nyeri yang ditandai dengan rasa nyeri yang mengganggu hilang timbul dan secara secara objektif pasien tidak gelisah dan meringis kesakitan, pasien tampak rileks, tekanan darah membaik, dan frekuensi.

Efektivitas *Slow Stroke Back Massage (SSBM)* dalam meredakan nyeri kepala dan tengkuk didasarkan pada manipulasi fisik otot-otot perikranial,

oksipital, dan frontal. Pemijatan atau manipulasi jaringan lunak di area kepala ini merangsang sirkulasi darah lokal, meningkatkan pasokan oksigen, dan membantu mendistribusikan akumulasi asam laktat penyebab ketegangan otot skeletal (Setiawan & Kurnia, 2023). Dari sudut pandang neurologis, sentuhan taktil pada kulit kepala mengaktifkan mekanoreseptor yang merangsang pelepasan neurotransmitter penenang seperti serotonin dan dopamin, serta memicu pengeluaran endorfin (analgesik alami tubuh) ke dalam sistem sirkulasi. Peningkatan zat-zat neurokimia ini secara efektif menekan aktivitas sistem saraf simpatis. Akibatnya, terjadi penurunan sekresi hormon stres (kortisol), yang secara klinis bermanifestasi pada penurunan ketegangan otot wajah (meringis menurun), meredanya kecemasan (gelisah hilang), serta stabilnya pembuluh darah yang berkontribusi langsung pada membaiknya tekanan darah dan frekuensi nadi pasien (Bahri & Utoyo, 2022).

Menurut analisis peneliti, pemilihan intervensi *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) pada Ny. S sangat tepat sasaran (endpoint-specific) karena manipulasi diberikan langsung pada area dermatomal yang mengalami keluhan nyeri, yaitu kepala hingga tengkuk. Peneliti berpendapat bahwa penurunan skala nyeri yang konsisten dari skala 5 hingga menyisakan skala 1 dalam waktu tiga hari membuktikan kekuatan terapi modalitas ini sebagai standalone intervention (intervensi mandiri) yang andal dalam asuhan keperawatan. Catatan penting peneliti terletak pada hari kedua, di mana nyeri sempat dipicu oleh aktivitas fisik berupa posisi duduk yang terlalu lama; hal ini mengindikasikan adanya komponen tension-type headache atau ketegangan otot leher akibat postur tubuh. Oleh karena itu, peneliti merekomendasikan agar pemberian *Slow Stroke Back Massage* (SSBM) di masa mendatang dikombinasikan dengan edukasi *ergonomic positioning* (posisi tubuh yang ergonomis) saat beraktivitas. Selain itu, mengingat teknik ini sangat mudah dipelajari, aman, dan tidak membutuhkan alat khusus, perawat disarankan melatih keluarga pasien agar dapat melakukan pemijatan mandiri di rumah demi mencegah kekambuhan nyeri di kemudian hari.