

BAB III

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus pasien kelolaan dari mulai pengkajian, Analisa data, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.1. Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

3.1.1 Pengkajian

Tabel 3. 1 Identitas Klien

Identitas klien	Klien
Nama	Ny S
Alamat	Sidoarjo
Jenis kelamin	Perempuan
Asrama/ kamar	1
Umur	69 th
status	Cerai mati
Agama	islam
Suku	Jawa
Tingkat pendidikan	SD
Lama tinggal di panti	2 th
Sumber pendapatan	-
Keluarga yang dapat dihubungi	-

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Tabel 3. 2 Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan	Klien 1
Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri pada kepala pada bagian tengkuk
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan sejak dua hari terakhir sering merasakan nyeri kepala pada bagian tengkuk yang disertai rasa pusing. Keluhan muncul terutama saat tekanan darah meningkat atau setelah melakukan aktivitas, dan sedikit berkurang setelah beristirahat. Klien mengaku masih rutin mengonsumsi obat hipertensi, namun terkadang terlambat minumnya. P: Nyeri bertambah saat beraktivitas dan ketika tekanan darah meningkat Q: Nyeri seperti berdenyut dan kepala terasa berat R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga belakang kepala

	S: Skala nyeri 5 T: Nyeri dirasakan hilang timbul, dengan durasi $\pm$ 5 menit
Riwayat penyakit	Klien mengatakan jika mempunyai riwayat penyakit GERD, dan klien mengatakan bahwa hipertensi mulai diketahui saat menjalani perawatan di Panti Werdha.

3.1.3 Perubahan terkait menua, faktor resiko, perubahan fungsional negatif.

Tabel 3. 3 Status Fisiologis

Status fisiologis	Klien 1
Bagaimana postur tulang belakang lansia	Ny.S mempunyai tulang belakang yang masih tegap
Tanda-tanda vital dan status gizi	Suhu : 36,7 Tekanan Darah : 160/90 MmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 20 x/menit Berat badan : 44 kg Tinggi badan : 149 cm IMT: 20,3kg (berat badan normal) Status gizi : baik

3.1.4 Pengkajian head to toe

Tabel 3. 4 Pengkajian Head To Toe

Pengkajian head to toe	Klien
kepala	Bersih, tidak ada kerontokan pada rambut, klien mengeluhkan nyeri kepala pada daerah tengkuk
Mata	Konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, penglihatan klien normal, tidak ada peradangan pada mata, tidak terdapat katarak pada mata. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada mata
Hidung	Hidung klien simetris, tidak ada peradangan dan tidak ada gangguan pada penciuman
Mulut dan tenggorokan	Mulut dan tenggorokan klien bersih, mukosa lembab, tidak ada peradangan, terdapat karies pada gigi, tidak ada radang pada gusi, tidak ada masalah dalam system pencernaan dan pengunyahan
Telinga	Telinga klien tampak bersih, pendengaran normal
Leher	Tidak terdapat pembesaran pada kelenjar thyroid dan tidak ada kaku kuduk.

Dada	Bentuk dada klien simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara tambahan.																			
Abdomen	Bentuk abdomen klien normal (flat), tidak ada nyeri tekan dan tidak kembung, saat di palpasi teraba supel, terdapat bising usus 8x/menit																			
Genetalia	Tidak ada hernia , tidak ada hemoroid.																			
Eksremitas	Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri bernilai 5, sedangkan kekuatan ekstremitas bawah kanan 4 dan kiri 4, rentang gerak terbatas, terdapat tremor, tidak ada edema pada kaki, klien menggunakan alat bantu jalan yaitu walker. Kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>4</td><td>4</td></tr></table> <table><tr><td>Reflek</td><td>Kanan</td><td>Kiri</td></tr><tr><td>Biceps</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>Triceps</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>Knee</td><td>+</td><td>+</td></tr><tr><td>Achilles</td><td>+</td><td>+</td></tr></table>	5	5	4	4	Reflek	Kanan	Kiri	Biceps	+	+	Triceps	+	+	Knee	+	+	Achilles	+	+
5	5																			
4	4																			
Reflek	Kanan	Kiri																		
Biceps	+	+																		
Triceps	+	+																		
Knee	+	+																		
Achilles	+	+																		
Integument	Bersih, tidak pucat, lembab dan tidak terdapat gatal-gatal, tidak ada gangguan pada kulit																			

3.1.5 Pengkajian psikososial spiritual

Tabel 3. 5 Pengkajian Psikososial Spiritual

Pengkajian psikososial spiritual	Klien
Cemas	Klien tidak mengalami kecemasan
Mekanisme koping	Klien termasuk kedalam mekanisme koping adaptif
Stabilitas emosi	Stabilitas emosi klien stabil
Motivasi penghuni pantai/tinggal bersama keluarga	Klien mengatakan tinggal di pantai karena kemauannya sendiri tidak ada yang mengurus.

3.1.6 Skala depresi geriatrik

Tabel 3. 6 Skala depresi geriatrik

Skala depresigeriatric	Klien 1
Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya
Apakah anda sudah menghentikan banyak kegiatan dan hal-hal yang menarik minat anda	Ya
Apakah anda merasa hidup anda hampa?	Tidak
Apakah anda sering merasa bosan	Tidak
Apakah anda biasanya bersemangat/gembira	Ya
Apakah anda takut sesuatu yang buruk terjadi	Tidak
Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidupm anda	Ya
Apakah anda sering merasa tidak berdaya	Tidak
Apakah anda lebih sering tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru	Ya
Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda	Tidak
Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan	Ya
Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini	Tidak
Apakah anda merasa anda penuh semangat	Ya
Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan	Tidak
Apakah anda piker bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda	Tidak
Total skor	2
Keterangan hasil: 1. Klien memiliki skor 2 dengan keterangan normal atau tidak mengalami depresi.	

Skor : Hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

- Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1.
- Skor antara 5 – 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi.
- Skor 10 atau lebih merupakan depresi

3.1.7 Penilaian depresi menurut BECK AT & BECK RW

Tabel 3. 7 Penilaian Depresi Menurut BECK AT & BECK RW

Penilain depresi	Klien
Kesedihan	0
Pesemisme	0
Rasa kegagalan	0
Ketidak puasan	0
Rasa bersalah	0
Tidak menyukai diri sendiri	0
Membahayakan diri sendiri	0
Menarik diri dari social	0
Keragu raguan	1
Perubahan gambaran diri	1
Kesulitan kerja	2
Keletihan	1
Anoreksia	1
Total nilai	6
Kesimpulan: 1. Klien penilaian depresi BECK AT & BECK RW didapatkan hasil 6 dengan hasil mengalami depresi ringan.	

Keterangan nilai

0 – 4 : Depresi tidak ada atau minimal

5 – 7 : **Depresi ringan**

8 – 15 : Depresi sedang 16 ke atas : depresi berat

3.1.8 Sosial

Tabel 3. 8 Pengkajian Sosial

Sosial	Klien
Hubungan dengan orang lain dalam wisma/di dalamkeluarga :	Mampu berinteraksi
Hubungan denganorang lain diluar wisma didalam panti/masyarakat.	Sebatas kenal
Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma lainnya dalam panti/di masyarakat:	Klien jarang berinteraksi dengan wisma lainnya yang ada di panti
Frekwensi kunjungan keluarga	Klien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga



3.1.9 Apgar Keluarga

(Skrinning singkat mengkaji fungsi SOSIAL Lansia)

Tabel 3. 9 Apgar Keluarga

No	Fungsi	URAIAN	penilaian: Selalu =2 Kadang2 =1 Tdk pernah = 0
			Klien
1.	Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta bantuan keluarga (teman- teman) saya saat ada sesuatu yang mengganggu saya	1
2.	Partnership	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya membicarakan setiap hal dan berbagai masalah dengan saya	1
3.	Growth	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk terlibat dalam aktivitas atau kegiatan baru	1
4.	Affection	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya memperlihatkan kasih sayang dan berespon terhadap emosi saya, seperti rasa marah, penderitaan dan kasih sayang	2
5.	Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya dan saya meluangkan waktu bersama sama	1
Total			6
Kesimpulan hasil: 1. Klien 1 didapatkan hasil dari APGAR SKOR bernilai disfungsi sedang			

INTERPRETASI HASIL : < 3 = Disfungsi berat

4 - 6 = Disfungsi sedang

> 6 = Fungsi baik

3.1.10 Spiritual

Tabel 3. 10 Pengkajian Spiritual

Spiritual	Klien
Aktivitas ibadah	Klien melakukan ibadah dengan baik
Hambatan	Tidak terdapat hambatan dalam pelaksanaan ibadah. Meskipun sesekali mengalami pusing atau nyeri kepala, klien tetap dapat menjalankan ibadah sesuai kemampuannya.

3.1.11 PENGKAJIAN TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL/ ASPEK KOGNITIF LANSIA.

SPMSQ (SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONER)

Tabel 3. 11 Pengkajian SPMSQ

Nomor	Pertanyaan	Klien
1	Tanggal berapa sekarang?	Benar
2	Hari apa sekarang ?	Benar
3	Apa nama tempat ini ?	Benar
4	Dimana alamat anda ?	Benar
5	Berapa umur anda ?	Benar
6	Kapan anda lahir ?	Benar
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Benar
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Benar
9	Siapa nama ibu anda ?	Benar
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	Salah
Jumlah		1
Kesimpulan hasil :		
1. Klien memiliki fungsi intelektual kerusakan sedang dengan nilai 8		

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Tabel 3. 12 Pengkajian MMSE

Skor Maksimum	Skor Lansia	
	Klien	ORIENTASI
5	5	Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun), berapa dan (musim) apa ?
5	5	Sekarang kita berada dimana? (jalan), (no rumah), (kec), (kabupaten/kota), (Propinsi)
		REGISTRASI
3	3	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, 1 detik untuk tiap benda . Kemudian mintalah manula mengulang ke 3 nama tersebut. Berikan satu angka untuk setiap jawaban yang benar. Bila masih salah,ulanglah penyebutan ke 3 nama benda tersebut, sampai ia dapat mengulangnya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu) (Jumlah percobaan.....)
		ATENSI DAN KALKULASI
5	3	Hitunglah berturut-turut selang 7mulai dari 100 ke bawah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan. (93, 86, 79, 72, 65). Kemungkinan lain : ejaah kata “dunia” dari akhir ke awal (a-i-n-u-d)

		MENGINGAT KEMBALI (RECALL)
3	3	Tanyalah kembali nama ke 3 benda yang telah disebutkan diatas. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar.
9	7	BAHASA a. Apakah nama benda- benda ini ? (Perlihatkanpensil dan arloji) (2 angka) b. Ulanglah kalimat berikut : ” Jika Tidak Dan Atau Tapi ” (1 angka)
		c. Laksanakan 3 buah perintah ini : ” Peganglah selembar kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakanlah di lantai (3 angka) d. Bacalah dan laksanakanperintah berikut : ”PEJAMKAN MATA ANDA ” (1 ANGKA) e. Tulislah sebuah kalimat (1 angka) Tirulah gambar ini (1angka)
		
Skor total	18	
Kesimpulan hasil: 1. Klien memiliki mini mental state dengan gangguan kognitif sedang bernilai skor 18		

Skor Nilai : 24- 30 : Normal/ tidak ada gangguan kognitif

Nilai : 0-17 : Gangguan kognitif berat

3.1.12 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tabel 3. 13 Pengkajiam Perilaku Terhadap Kesehatan

Perilaku kesehatan	Klien
Kebiasaan Merokok	Tidak merokok

Perilaku kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi	Klien
Frekuensi makan	3 kali dalam 1 hari
Jumlah makanan yang dihabiskan	1 porsi dihabiskan
Makanan tambahan	Makanan tambahan Dihabiskan

Pengkajian determinan nutrisi lansia

No	Indikators	score	Klien
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0

7.	Lebih sering makan sendirian	1	1
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	2
Total Score			3
Kesimpulan hasil :			
1. Klien memiliki determinan nutrisi moderate nutritional dengan hasil penilaian 3			

Interpretasi: 0 – 2 : Good

2– 5 : Moderate nutritional

risk6 ≥ : High nutritional risk

Pola kebiasaan tidur

Kebiasaan tidur	Klien
Jumlah waktu tidur	Waktu tidur klien 5 jam
Gangguan tidur	Memiliki gangguan tidur sering terbangun
Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur	Klien mengatakan bersantai- santai duduk bersama lansia yang lainnya.

Pola eliminasi BAK dan BAB

Pola BAK	Klien
Frekuensi BAK	Klien mengatakan lebih dari 3x dalam sehari
Warna urin	Kuning jernih
Gangguan BAB	Tidak ada gangguan BAK
Eliminasi BAB	Klien
Frekuensi BAB	Klien mengatakan 1x sehari
Konsistensi	Lembek
Gangguan BAB	Tidak ada gangguan BAB

Pola pemenuhan kebersihan diri

Pemenuhan kebersihan diri	Klien
Mandi	Klien mandi 2x dalam sehari
Memakai sabun	Saat mandi klien menggunakan sabun mandi
Sikat gigi	Klien 2x sikat gigi dalam sehari
Menggunakan pasta gigi	Saat sikat gigi klien menggunakan pasta Gigi
Kebiasaan berganti pakaian bersih	Klien berganti pakaian 2x dalam sehari

3.1.13 Pengkajian fungsional

Berdasar barthel indeks:

Tabel 3. 14 Pengkajian Barthel Indeks

NO	AKTIVITAS	NILAI		SKORE
		BANTUAN	MANDIRI	Klien
1.	Makan	5	10	10
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5 -10	15	15
3.	Kebersian diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan mengosok gigi	0	5	5
4.	Aktivitas toilet	5	10	10
5.	Mandi	0	5	5
6.	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)	10	15	15
7.	Naik turun tangga	5	10	5
8.	Berpakaian termasuk mengenakan Sepatu	5	10	10
9.	Mengontrol defekasi	5	10	10
10.	Mengontrol berkemih	5	10	10
	JUMLAH			100
Interpretasi: 1. Pada pengkajian fungsional Barthel indeks Ny. S memiliki keterangan mandiri dengan nilai 100 dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari (<i>Activity Daily Living/ADL</i>)				

Penilaian :

0 – 20 : Ketergantungan penuh

21 – 61 : Ketergantungan berat / sangat tergantun.

62 – 90 : Ketergantungan sedang

91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

Pengkajian Fungsional Berdasar Indeks KATZ dan AKS

Tabel 3. 15 Pengkajian Indeks KATZ dan AKS

Pengkajian fungsional	Klien
Indeks katz dan aks	Klien mandiri dalam hal makan, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

3.1.14 Pengkajian keseimbangan untuk lansia

Tabel 3. 16 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

KRITERIA	Klien
Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka	0
Duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka.	0

Bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup	0
Duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup	0
Ket: kursi harus yang keras tanpa lengan	
Menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata Terbuka	0
Menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata Tertutup	0
Perputaran leher (klien sambil berdiri)	0
Gerakan mengapai sesuatu	0
Membungkuk	0
Komponen gaya berjalan atau pergerakan	
Minta klien berjalan ke tempat yang ditentukan	0
Ketinggian langkah kaki	0
Kontinuitas langkah kaki	0
Kesimetrisan langkah	1
Penyimpangan jalur pada saat berjalan	0
Berbalik	1
Jumlah	2
Kesimpulan	
1. Pada klien memiliki nilai 2 yang berarti resiko jatuh tinggi	

Keterangan:

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

Pengkajian Lingkungan

Tabel 3. 17 Pengkajian Lingkungan

Pemukiman	Klien
Luas bangunan	-
Bentuk bangunan	Asrama
Jenis bangunan	Permanen
Atap rumah	Genting
Dinding	Tembok
Lantai	Tegel
Kebersihan lantai	Baik
Ventilasi	15% luas lantai
Pencahayaannya	Baik
Peraturan penataan perabotan	Baik
Kelengkapan alat rumah tangga	Lengkap

Informasi Penunjang

Tabel 3. 18 Informasi Penunjang

Informasi Penunjang	Klien
Diagnosa medis	Hipertensi
Hasil Tekanan Darah	TD = 160/90mmHg
Pengobatan dan terapi medis	Amlodipine

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 19 Analisa Data

No.Dx	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan	Paraf
1	DS : - Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian tengkuk - Klien mengatakan nyeri disertai rasa pusing terutama saat tekanan darah meningkat P : Nyeri bertambah saat beraktivitas Q : Nyeri terasa berdenyut dan kepala terasa berat R : Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga kepala belakang S : Skala nyeri 5 T : Nyeri dirasakan hilang timbul, dengan durasi ± 5 menit DO : - Klien memegang daerah tengkuk saat nyeri muncul - Klien sesekali memejamkan mata Ketika nyeri dirasakan - Tekanan darah 160/90mmhg	Peningkatan tekanan darah ↓ Peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah serebral ↓ Vasokonstriksi dan penurunan perfusi jaringan ↓ Stimulasi reseptor nyeri pada pembuluh darah dan jaringan sekitar ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut	Bella

3.3 Diagnosa keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan darah)

3.4 Intervensi keperawatan

Tabel 3. 20 Intervensi Keperawatan

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisiologis (peningkatan tekanan darah)	Setelah dilakukan tindakan 3x 8 jam, diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Kesulitan tidur 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (i.08238) a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri nonverbal d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Berikan Teknik nonfarmakologis (pijat refleksi) selama 20 menit untuk membantu menurunkan nyeri

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 21 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Paraf
1.	02 Maret 2026 Pukul 08.00 wib Pukul 09.00 Pukul 10.00 Pukul 10.15 Pukul 10.30	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (peningkatan tekanan darah)	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, nyeri R/: P: Nyeri bertambah saat beraktivitas Q: Nyeri terasa berdenyut dan kepala terasa berat R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga belakang kepala S: Skala nyeri 5 T: Nyeri dirasakan hilangtimbul, dengan durasi $\pm$ 5 menit. - Mengidentifikasi responnyeri non verbal R/: Klien meringis dan memegang daerah tengkuk saat nyeri muncul - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/: Klien mengatakan nyeri bertambah jika beraktivitas - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup R/: klien mengatakan nyeri kepala mengganggu aktivitas sehari – hari namun masih dapat melaksanakan ibadah - Memberikan terapi nonfarmokologis (terapi pijat refleksi kaki) selama $\pm$ 20 menit untuk membantu menurunkan intensitas nyeri saat memberikan edukasi agar klien beristirahat yang cukup dan menghindari aktivitas berat saat nyeri muncul R/: klien kooperatif selama Tindakan, mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat refleksi, nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 3, dan ekspresi wajah lebih nyaman	

No	Tanggal dan Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Paraf
2.	03 Maret 2026 Pukul 10.00 wib Pukul 10.15 Pukul 11.00 Pukul 11.30 Pukul 12.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (peningkatan tekanan darah)	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, nyeri R/: P: Nyeri muncul saat beraktivitas Q: Nyeri terasa berdenyut namun berkurang dari hari sebelumnya R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga belakang kepala S: Skala nyeri 3 T: Nyeri dirasakan hilangtimbul, dengan durasi ± 3 menit. - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal R/: Klien sesekali memegang daerah tengkuk, ekspresi wajah tampak lebih rileks dari hari sebelumnya - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/: Klien mengatakan nyeri masih muncul saat beraktivitas, namun berkurangf setelah beristirahat dan setelah dilakukan terapi pijat refleksi - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup R/: klien mengatakan aktivitas sehari – hari terasa lebih nyaman dan tetap dapat melaksanakan ibadah tanpa hambatan - Memberikan terapi nonfarmokologis (terapi pijat refleksi kaki) selama ± 20 menit untuk membantu menurunkan intensitas nyeri saat memberikan edukasi agar klien beristirahat yang cukup dan menghindari aktivitas berat saat nyeri muncul R/: klien kooperatif selama Tindakan, mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat refleksi, skala nyeri menurun menjadi 2, dan keluhan nyeri kepala berkurang	

No	Tanggal dan Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Paraf
3.	04 Maret 2026 Pukul 15.00 wib Pukul 15.15 Pukul 15.20 Pukul 16.00 Pukul 16.10	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (peningkatan tekanan darah)	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, nyeri R/ P: Nyeri muncul sesekali setelah beraktivitas Q: Nyeri terasa ringan dan kepala tidak terlalu berat R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk S: Skala nyeri 2 T: Nyeri dirasakan hilang timbul, dengan durasi $\pm$ 1 menit. - Mengidentifikasi responnyeri non verbal R/: Klien tidak meringis, sesekali memegang daerah tengkuk saat nyeri muncul - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri R/: Klien mengatakana nyeri hanya muncul setelah beraktivitas dan berkurang setelah beristirahat serta dilakukan terapi pijat refleksi - Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup R/: klien mengatakan aktivitas sehari – hari dapat dilakukan dengan lebih nyaman dan ibadah tidak lagi terganggu oleh nyeri kepala - Memberikan terapi nonfarmokologis (terapi pijat refleksi kaki) selama $\pm$ 20 menit untuk membantu menurunkan intensitas nyeri saat memberikan edukasi agar klien beristirahat yang cukup dan menghindari aktivitas berat saat nyeri muncul R/: klien kooperatif selama Tindakan, mengatakan lebih rileks setelah dilakukan pijat refleksi, skala nyeri menurun menjadi 1, dan nyeri kepala hanya dirasakan sesekali - Mengidentifikasi perubahan setelah penerapan terapi pijat refleksi kaki R/: Klien mengatakan nyeri kepala pada daerah tengkuk berkurang setelah dilakukan pijat refleksi	

3.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 22 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Evaluasi	Paraf
1.	02 maret 2026 Pukul 09.15 wib	S: Klien mengatakan nyeri kepala pada bagian tengkuk Assessment nyeri P : Nyeri bertambah saat beraktivitas Q : Nyeri terasa berdenyut dan kepala terasa berat R : Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga kepala belakang S : Skala nyeri 5 T : Nyeri dirasakan hilang timbul, dengan durasi $\pm$ 5 menit O: - Klien memegang daerah tengkuk saat nyeri muncul - Klien sesekali memejamkan mata Ketika nyeri dirasakan - Vital sign - TD: 160/90mmHg Nadi:90x/menit - Suhu:36,7 - Rr:20x/menit A: Masalah keperawatan Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjut intervensi - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, nyeri - Memberikan Teknik nonfarmakologi (pijat refleksi kaki) untuk mengurangi rasa nyeri - Memfasilitasi istirahat tidur - Menjelaskan strategi meredakan nyeri	

No	Tanggal dan Jam	Evaluasi	Paraf
2.	03 Maret 2026 Pukul 11.00 wib	S: Klien mengatakan nyeri kepala pada bagian tengkuk Assessment nyeri P: Nyeri muncul saat beraktivitas Q: Nyeri terasa berdenyut namun berkurang dari hari sebelumnya R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk hingga belakang kepala S: Skala nyeri 3 T: Nyeri dirasakan hilangtimbul, dengan durasi $\pm$ 3 menit. O: - Klien lebih rileks setelah dilakukan pijat refleksi kaki selama $\pm$ 20 menit - Klien sesekali memegang daerah tengkuk saat nyeri muncul, namun frekuensinya berkurang - Ekspresi wajah lebih nyaman dan tidak terlalu meringis - Klien mampu beristirahat setelah intervensi - Vital sign - TD: 156/90mmHg Nadi:86x/menit - Suhu:36,7 - Rr:20x/menit A: Masalah keperawatan Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjut intervensi - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, nyeri - Memberikan Teknik nonfarmakologi (pijat refleksi kaki) untuk mengurangi rasa nyeri - Memfasilitasi istirahat tidur - Menjelaskan strategi meredakan nyeri	

No	Tanggal dan Jam	Evaluasi	Paraf
3	04 Maret 2026 Pukul 15.30 wib	S: Klien mengatakan nyeri kepala pada bagian tengkuk sudah berkurang Assessment nyeri P: Nyeri muncul sesekali setelah beraktivitas Q: Nyeri terasa ringan dan kepala tidak terlalu berat R: Nyeri dirasakan pada daerah tengkuk S: Skala nyeri 2 T: Nyeri dirasakan hilang timbul, dengan durasi $\pm$ 1 menit. O: - Klien rileks setelah dilakukan pijat refleksi kaki selama $\pm$ 20 menit - Klien tidak lagi memegang daerah tengkuk - Ekspresi wajah klien nyaman dan tidak meringis - Klien mampu beristirahat setelah intervensi - Vital sign TD: 130/77mmHg Nadi:82x/menit Suhu:36,1 Rr:20x/menit A: Masalah keperawatan Nyeri Akut belum teratasi P: Lanjut intervensi - Mengidentifikasi perubahan setelah penerapan intervensi pijat refleksi kaki	