BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada kasus kelolaan utama dilakukan pada tanggal 31 Maret 2023 pukul 09.00 Wita. Pengkajian dilakukan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Berikut hasil pengkajian yang didapatkan:

1. Data umum

Nama	: Ny.R
Jenis kelamin	: Perempuan
Tanggal lahir/usia	: Badung, 31 Desember 1958 / 65 tahun
Pendidikan	: SMP
Agama	: Hindu
Status perkawinan	: Kawin
Pekerjaan	: Wiraswasta
TB/BB	: 160 cm / 55 kg
Penampilan	: Rapi
Alamat	: Banjar Aseman Kangin
Diagnose medis	: Hipertensi
Penanggung jawab	: Tn.E
Hubungan dengan klien	: Anak kandung

2. Riwayat keluarga

Ny R dan keluarganya mengaku demikian tidak memiliki penyakit hipertensi maupun penyakit genetik lainnya.

3. Riwayat pekerjaan

klien menyampaikan saat ini pekerjaan sehari-hari sebagai pedagang.

4. Riwayat lingkungan hidup

Tipe tempat tinggal

Kamar : Permanen

Kondisi tempat tinggal : Ukuran kamar 4 x 4 m^2

Jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah : 5 orang, terdiri dari anak, menantu dan kedua cucunya

5. Riwayat rekreasi

Keluarga Ny. R mengatakan tidak memiliki kebiasaan berlibur bersama keluarga, karena keterbatasan waktu akibat dari pekerjaannya masing-masing.

6. Sistem pendukung

Ny. R menyatakan jika ada anggota keluarga yang sakit maka akan dibawa ke RS Balimed atau tempat praktek dokter terdekat. Ada asuransi kesehatan untuk keluarga.

7. Status kesehatan

a. Status kesehatan umum

Klien mengatakan pernah mengidap tekanan darah tinggi, namun sudah berhenti minum obat karena dirasa sudah sembuh. Sekitar 2 bulan lalu pasien kembali dinyatakan mengalami hipertensi sampai sekarang.

b. Keluhan utama

Ny.R mengatakan kepalanya merasa sakit tepat di bagian tengkuk belakang. Ny. R juga mengeluh sulit untuk tidur di malam hari. Ketika nyeri menyerang Ny. R mengatakan gelisah dan sering memegang kepalanya. Ny. R mengatakan jarang

memeriksakan dirinya ke pelayanan kesehatan. Pengkajian nyeri yang didapatkan yaitu P (*provokatif*) : nyeri dirasakan ketika lelah dan banyak pikiran , Q (*quality*) : nyeri terasa ditusuk-tusuk, R (*region*) : yeri terasa menjalar dari leher hingga kepala bagian belakang, S (*severity*) : skala nyeri 6 (0-10), T (time): hilang timbul.

8. Aktivitas hidup sehari-hari

Indeks Katz digunakan dalam penilaian untuk mengetahui tingkat kemandirian atau ketergantungan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti terlihat pada tabel 3.

Tabel 3
Pengkajian Indeks Katz terhadap Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. R yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian *Aromatherapy of Rose* di Banjar Aseman Kangin, Ds.Tibubeneng, Kec. Kuta Utara, Kab. Badung Tahun 2023

AKTIVITAS	SENDIRI Tanpa supervisi, petunjuk atau bantuan	DENGAN BANTUAN Dengan supervisi, petunjuk dan bantuan
Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.	✓	
Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.	✓	
Toileting Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian, membersihkan genetalia sendiri.	✓	

Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.	
Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓
Buang air besar/ buang air kecil Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓
Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Tergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓
POINT TOTAL	6 = A (mandiri pada keenam item)

Keterangan :

- Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kekamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi,berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Simpulan :

Klien memiliki jumlah 6 point, maka dari itu termasuk kategori A.

9. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a. Kebutuhan oksigenasi

Klien menyampaikan tidak ada masalah pada sistem pernapasannya. Pada saat pengkajian klien tampak tidak sesak dengan respirasi 20x/mnt.

b. Cairan dan elektrolit

Klien mengatakan pada saat minum bisa menghabiskan air ± 1000 cc / hari. klien juga mengatakan suka minum kopi dengan intensitas sering sebanyak 1 gelas perhari.

c. Nutrisi

Klien menyampaikan mengkonsumsi satu porsi nasi, lauk pauk, dan sayuran sebanyak 3 kal perhari..

d. Eliminasi

Menurut klien, buang air besar terjadi 1-2 kali per hari dan berwarna terang dan berbau. Klien mengeluh BAK tiga sampai empat kali per hari, urine berwarna kuning, dan bau urine yang khas.

e. Aktivitas

Ny. R mengatakan aktivitas sehari-hari berdagang.

f. Istirahat dan tidur

Menurut Ny.R sulit tidur di malam hari. Ketika nyeri menyerang Ny.R mengatakan gelisah dan sering memegang kepalanya.

g. *Personal hygene*

Klien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari, pasien juga mampu menjanga *personal hygene* dengan baik.

h. Seksual

Klien mengatakan sudah tidak melakukan hubungan intim dengan istrinya dikarenakan istrinya sudah meninggal.

i. Rekreasi

Klien mengatakan jarang melakukan rekreasi atau jalan-jalan karena keterbatasan waktu.

j. Psikologis

1) Persepsi klien

Klien mengatakan kesehatan adalah hal utama untuk dijaga dikarenakan sehat itu mahal.

2) Konsep diri

Pasien mengatakan hidupnya sudah bahagia dikarenakan, klien memiliki keluarga yang menyayangi nya dan mau merawat nya di usia senja

3) Emosi

klien mengatakan jarang marah dan klien dapat mengontrol emosinya

4) Adaptasi

Klien mengatakan mampu menyesuaikan diri terhadap lingkungan baru maupun dengan orang sekitar.

5) Mekanisme pertahanan diri

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak mau berdiam diri, pasien aktif dalam melakukan aktivitas seperti menyapu, sembahyang, bertani, dll untuk tetap menjaga kebugaran meningkatkan rasa nyaman pada dirinya.

10. Tinjauan sistem (pemeriksaan fisik)

a. Keadaan umum

1) Tingkat kesadaran: compos mentis (E: 4 V: 5 E: 6)

2) TTV:

TD : 150/90 mmHg, N : 86x/menit, S:36,5ºC, RR : 20x/menit

b. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Kepala

Normochepal, terdapat uban, benjolan tidak ada / luka tidak ada

2) Mata, telinga, dan hidung

Penglihatan : masih jelas, mata simetris, konjungtiva normal, sklera tidak ada kelainan,

Pendengaran : telinga simetris, dan tidak ada kelainan.

Hidung : penciuman baik, cuping hidung tidak terdapat.

3) Mulut

Mukosa bibir lembab.

4) Leher

Tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar tiroid, getah bening, tidak tampak lesi

5) *Thorax*

Paru-paru : Auskultasi paru vesikuler, Tidak ada tarikan otot dada, RR: 20x/mnt. Jantung : Reguler, suhu akral hangat , suhu : 36,5℃

6) Abdomen

Simetris, nyeri tekan tidak ada

7) Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah

Tidak terdapat varises dan edema, sensibilitas normal, ROM penuh, akral hangat, hemiplepgi/parese tidak ada, capillary refill time < 2 detik, kuku bersih.

8) Genetalia

Tidak ada kelainan, tidak ada alat bantu.

11. Hasil pengkajian kognitif dan mental

Pengkajian menggunakan *Short Porteble Mental Status Questionaire* seperti pada tabel 4

Tabel 4
Pengkajian SPMSQ terhadap Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. R yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian *Aromatherapy of Rose* di Banjar Aseman Kangin, Ds.Tibubeneng, Kec. Kuta Utara, Kab. Badung Tahun 2023

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : jam 10	✓	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2022	✓	
3	Kapan Ibu lahir ? Jawab : tahun 1948	✓	
4	Berapa umur Ibu ? Jawab : 73 tahun	✓	
5	Dimana alamat Ibu sekarang ?	✓	

	Jawab : Banjar Aseman Kangin, Desa Tibubeneng		
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu ? Jawab : 4 orang	✓	
7	Siapa anggota keluarga yang tinggal bersama Ibu ? Jawab : anak, menantu dan kedua cucu	✓	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	✓	
9	Siapa nama Presiden RI sekarang ? Jawab : Bapak Jokowi	✓	
10	Coba hitung terbalik dari 20 ke 1 ? Jawab : 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	✓	
	JUMLAH	10	0

Analisis hasil :

Skore salah :

0-2 : Fungsi intelektual utuh

3-4 : Kerusakan intelektual ringan

5-7 : Kerusakan intelektual sedang

8-10 : Kerusakan intelektual berat

Simpulan :

Jumlah kesalahan total pasien yaitu 0, maka pasien termasuk dalam kategori fungsi intelektual utuh

Pengkajian menggunakan *Mini - Mental State Exam* (MMSE) seperti pada tabel 5.

Tabel 5
Pengkajian MMSE terhadap Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. R yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian *Aromatherapy of Rose* di Banjar Aseman Kangin, Ds.Tibubeneng, Kec. Kuta Utara, Kab. Badung Tahun 2023

No	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	✓	
	2. Musim apa sekarang?		✓

	3. Tanggal berapa sekarang?	✓	
	4. Hari apa sekarang?	✓	
	5. Bulan apa sekarang?	✓	
	6. Di negara mana Anda tinggal?	✓	
	7. Di provinsi mana Anda tinggal?	✓	
	8. Di kabupaten apa Anda tinggal?	✓	
	9. Di kecamatan mana Anda tinggal?	✓	
	10. Di desa mana Anda tinggal?	✓	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan 3 obyek		
	11. Lemari	✓	
	12. Meja	✓	
	13. Kuris	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang misal “BAPAK”		
	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P	✓	
	17. A	✓	
	18. B	✓	
4	MENGINGAT		
	Minta klien mengulan obyek diatas		
	19. Lemari	✓	
	20. Meja	✓	
	21. TV		✓
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan		
	22. Meja	✓	
	23. Kuris	✓	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi 3 kalimat berikut :		
	24. “saya kuat, saya bisa, saya mampu”	✓	
	c. Perintah 3 langkah		
	25. Ambil kertas!	✓	
	26. Lipat dua!	✓	
	27. Taruh dilantai!	✓	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat	✓	
	30. Salin gambar	✓	
	JUMLAH	28	2

Keterangan :

Skor 24-30 : Status kognitif normal

Skor 17-23 : Kemungkinan gangguan kognitif

Skor 0-16 : Gangguan kognitif

Simpulan :

Jumlah diperoleh pasien yaitu 28, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal.

Pengkajian menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) seperti pada tabel 6.

Tabel 6
Pengkajian GDS terhadap Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Ny. R yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian *Aromatherapy of Rose* di Banjar Aseman Kangin, Ds.Tibubeneng, Kec. Kuta Utara, Kab. Badung Tahun 2023

No	Pertanyaan	Kunci Jawaban	Nilai Respon	
			Ya	Tidak
1.	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda ?	Tidak	✓	0
2.	Apakah anda telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi anda ?	Ya	0	✓
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong ?	Ya	0	✓
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	Ya	✓	0
5.	Apakah anda masih memiliki semangat bagus ?	Tidak	✓	0
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya	✓	0
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda ?	Tidak	✓	0
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	Ya	0	✓
9.	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah,	Ya	0	✓
	daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru ?	Ya	0	✓
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan orang lain ?	Tidak	✓	0
11.	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang menyenangkan ?	Ya	0	✓
12.	Apakah anda merasa tidak berharga ?	Tidak	✓	0
13.	Apakah anda merasa penuh semangat ?	Ya	0	✓

14.	Apakah anda merasa keadaan anda tidak ada harapan ?	Ya	0	✓
15.	Apakah anda merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda ?	Tidak	✓	0
	SKOR		2	

Keterangan :

- Normal : 0 - 4
- Depresi ringan : 5 - 8
- Depresi sedang : 9 - 11
- Depresi berat : 12 – 15

Simpulan :

Pasien memperoleh nilai 2 sehingga pasien dikategorikan tidak depresi (normal).

B. Diagnosis keperawatan

Menerapkan analisis data untuk memilih masalah keperawatan mana yang akan diselidiki untuk menentukan akar penyebabnya adalah langkah pertama dalam mengembangkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan yang mencakup komponen masalah, penyebabnya, dan gejala atau tanda klien dapat diungkapkan dengan memutuskan masalah keperawatan.

1. Analisa masalah

Klien yang menderita nyeri akut akibat hipertensi menjadi subyek analisis masalah yang muncul berdasarkan data asesmen. Dimuat dalam tabel 7.

Tabel 7
Analisis Masalah Keperawatan Nyeri Akut pada Ny.R yang Menderita Hipertensi dengan Pemberian *Aromatherapy of Rose* di Banjar Aseman Kangin, Ds.Tibubeneng, Kec. Kuta Utara, Kab. Badung Tahun 2023

Data Fokus	Analisis Masalah	Masalah
DS : - Klien mengatakan sulit tidur pada malam hari - P : nyeri dirasakan ketika lelah dan banyak pikiran - Q : nyeri terasa ditusuk-tusuk - R : nyeri terasa menjalar dari leher hingga kepala bagian belakang - S : skala nyeri 6 (0-10) - T : hilang timbul DO : - TD : 150/90 mmHg - HR : 86x/menit - Klien tampak meringis	Umur ↓ Elastisitas menurun ↓ Hipertensi ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi ↓ Resistensi pembuluh darah otak menurun ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan analisis diatas maka diagnosis keperawatan dapat dirumuskan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada tengkuk kepala belakang, klien tampak meringis, klien mengatakan sulit tidur dimalam hari, klien tampak menghindari nyeri, Tekanan darah 150/90 mmHg, Nadi 86x/menit.

C. Intervensi keperawatan

Intervensi asuhan keperawatan disusun dengan memperhatikan pemikiran beberapa unsur diantaranya prinsip penetapan keperawatan dan pedoman hasil keperawatan. Masalah keperawatan tersebut mengarah pada pembuatan rencana asuhan keperawatan, yang mencakup tujuan dan rencana tindakan untuk perawat

yang dirinci dalam lampiran. Pasien dirawat karena masalah nyeri akut yang disebabkan oleh hipertensi. Berikut intervensi dan tujuan keperawatan:

1. Tujuan keperawatan

Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri berkurang berdasarkan kriteria hasil : kesulitan tidur menurun, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, meringis menurun, tekanan darah membaik, frekuensi nadi membaik.

2. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien nyeri akut adalah manajemen nyeri. Tindakan yang direncanakan sebagai berikut :

a. Mengidentifikasi karakteristik, lokasi, frekuensi, intensitas nyeri, durasi, kualitas,
b. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri
c. Mengidentifikasi skala nyeri
d. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
e. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri
f. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti pemberian rebusan daun salam.
g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
h. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
i. Jelaskan strategi meredakan nyeri
j. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

D. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan tindakan yang telah direncanakan sebelumnya. Mencakup observasi, edukasi dan terapi adalah beberapa tugas yang dilakukan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 kali kunjungan sesuai dengan intervensi yang telah di tetapkan sebelumnya. Pemberian aromaterapi bunga mawar diberikan sebanyak 1 kali sehari dilakukan pagi hari dengan durasi 5 sampai 10 menit. Adapun tindakan keperawatan yang diberikan pada klien terlampir.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi strategi penanganan nyeri pada klien dengan nyeri akut terkait hipertensi Pendekatan SOAP ditunjukkan pada tabel 8.

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut dengan Hipertensi di Banjar Aseman Kangin, Desa tibubeneng, Kecamatan Kuta Utara, Kabupaten Badung Tahun 2023

Tanggal/Jam	Evaluasi
Minggu, 02 April 2023 Pukul 10.00 wita	S : Klien mengatakan sakit pada kepalanya sedikit berkurang, sudah bisa tidur lebih baik, gelisah berkurang O : Skala nyeri 3 dan pasien tampak tidak memegang kepalanya. Tekanan darah pasien menunjukkan 130/80 mmHg dengan nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu tubuh 36,4ºC. A : Tingkat nyeri menurun P : Pertahankan kondisi pasien (lanjutkan pemberian aromaterapi mawar)