

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian untuk kasus kelolaan karya ilmiah ini dilakukan pada Senin, 21 Maret 2022 pukul 11.00 wita. Berikut pengkajian singkat yang telah dilakukan pada Tn. M dengan diagnosa medis hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara.

1. Data biografi

Nama Pasien	: Tn. M
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Usia	: 67 tahun
Tempat, Tanggal Lahir	: Denpasar, 05 November 1955
Pendidikan Terakhir	: S1
Agama	: Hindu
Status Perkawinan	: Menikah
TB/BB	: 53 kg/163 cm
Alamat	: Br. Aseman Kangin, Desa Tibubeneng, Kuta Utara
Diagnosa Medis	: Hipertensi
Penanggung jawab	
Nama	: Tn. I
Hub. Dengan Pasien	: Anak
Alamat	: Br. Aseman Kangin, Desa Tibubeneng, Kuta Utara

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien mengeluh sakit kepala bagian belakang.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengatakan selama \pm 1 bulan terakhir sering mengeluh nyeri pada tengkuk kepala. Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada bagian tengkuk menjalar ke pundak, tampak meringis dan memegang area leher yang sakit. Pasien juga mengatakan pernah sulit tidur bila sakit tengkuknya kambuh.

Hasil pengkajian nyeri PQRST pada pasien didapat :

P : Pasien mengatakan nyeri pada tengkuk kepala bertambah jika melakukan aktivitas (saat berkebun).

Q : Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut.

R : Nyeri pada tengkuk kepala menjalar hingga ke pundak

S : Skala nyeri 5 (0-10)

T : Nyeri dirasakan hilang timbul

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan dahulu mengonsumsi obat penurun tensi saat berobat dan sudah berhenti ketika sudah membaik tetapi pasien mengatakan tidak mengingat nama obat yang diberikan. Pasien hanya mengingat obat tersebut untuk menurunkan tensi. Pasien mengatakan selama merasakan nyeri kepala belakang menganggap dirinya kelelahan sehingga pasien hanya beristirahat untuk mengalihkan rasa nyeri kepalanya. Pasien mempunyai kebiasaan minum kopi 2-3x sehari, mengonsumsi makanan yang digoreng serta tidak menyukai sayur.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan atau memiliki penyakit hipertensi yang sama dengan pasien.

3. Pengkajian fisiologis

mengalami kesulitan/keluhan dalam hal pergerakan tubuh. Hasil pengkajian indeks katz pada pasien disajikan dalam tabel 5.

Tabel 5
Hasil Pengkajian Indeks Katz pada Tn. M dengan Hipertensi

AKTIVITAS	SENDIRI	DENGAN BANTUAN
1	2	3
Mandi		
<p>Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p>	√	
<p>Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>		
Berpakaian		
<p>Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p>	√	
<p>Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.</p>		
Toileting		
<p>Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian, membersihkan genitalia sendiri.</p>	√	
<p>Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.</p>		

1	2	3
Berpindah		
Mandiri :		
Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri		
	√	
Bergantung :		
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		
	√	
Bergantung :		
Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		
Total	6 = A (Mandiri pada keenam item)	

Hasil pengkajian indeks katz pada tabel 5 menunjukkan pasien memiliki point total 6 sehingga masuk kategori nilai A yaitu kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi, dan berpakaian.

e. Neurosensori

Hasil pengkajian didapatkan fungsi penglihatan pasien masih bagus, kesadaran pasien compos mentis, serta fungsi pendengaran masih baik.

f. Reproduksi seksualitas

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan hubungan seksual disebabkan karena libido, ereksi dan belum pernah memakai alat kontrasepsi.

4. Pengkajian psikologis

- a. Pola pikir dan persepsi : Pasien mengatakan bahwa kesehatan merupakan hal yang penting untuk di jaga dan sakit yang dideritanya saat ini berkaitan dengan faktor umur.
- b. Konsep diri : konsep diri pasien baik, pasien mampu memandang dirinya secara positif dan mau menerima kehadiran orang lain.
- c. Emosi : keadaan emosi pasien stabil dan mampu mengontrol emosinya sendiri.
- d. Adaptasi

Kemampuan pasien dalam beradaptasi cukup baik karena pasien mau berinteraksi dengan orang lain dan tetap produktif. Dan juga pasien mengatakan mampu beradaptasi dengan lingkungan baru dengan cepat, mampu berkomunikasi dengan baik.

e. Mekanisme Pertahanan Diri

- 1) Pengambilan keputusan dibantu anaknya
- 2) Yang disukai tentang diri sendiri : pekerja keras, spiritual tinggi.
- 3) Yang ingin dirubah dari kehidupan : asupan makan sehari-hari.
- 4) Yang dilakukan jika sedang stress : bersepeda atau membaca buku.

5. Pengkajian mental dan kognitif

a. Fungsi intelektual

Pengkajian fungsi intelektual pada pasien menggunakan *Short Porteble Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* seperti pada tabel 6.

Tabel 6
Hasil pengkajian SPMSQ Pada Tn. M dengan Hipertensi

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)			
Skor	No	Pertanyaan	Jawaban
√	1.	Jam berapa sekarang?	Jam sebelas
√	2.	Tahun berapa sekarang?	2022
	√	3. Kapan Bapak/Ibu lahir ?	Lupa
	√	4. Berapa umur Bapak/Ibu sekarang?	Lupa
√	5.	Di mana alamat Bapak/Ibu sekarang?	Br. Aseman Kangin
√	6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?	5 dewasa 3 cucu
√	7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu?	Ny. W, Tn. I, Ny. S, Tn. M , An A, An. I, dan An. T.
√	8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia?	1945
√	9.	Siapa nama presiden Republik Indonesia sekarang?	Jokowi
√	10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1	20,19,18,17,16,15, 14,13,12,11,10,9,8, 7,6,5,4,3,2,1
Jumlah kesalahan total			2

Keterangan :

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Kesalahan 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Hasil pengkajian SPMSQ pada Tn. M didapatkan bahwa jumlah kesalahan pasien adalah 2 yang berarti fungsi intelektual pasien dalam kategori fungsi intelektual utuh.

b. Fungsi kognitif

Pengkajian fungsi kognitif menggunakan *Mini - Mental State Exam (MMSE)* seperti pada tabel 7.

Tabel 7

Hasil pengkajian MMSE pada Tn. M dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara Tahun 2022

Skor Maksimum	Skor Pasien	Pertanyaan
5	5	Tanggal, bulan, tahun, hari apakah sekarang? Kapan hari raya Galungan?
5	5	Dimanakah kita sekarang? Banjar? Desa? Kota? Provinsi? Letak puskesmas?
3	3	Sebutkan 3 benda yang berbeda secara perlahan lalu instruksikan pasien menirukan
5	5	Instruksikan mengeja kata “Baju”
3	3	Mengingat 3 kata yang disebutkan sebelumnya.
2	2	Sebutkan 2 kata objek dan instruksikan pasien untuk mengulanginya.
1	1	Sebutkan kata “tidak, jika, dan, atau, tetapi”
3	3	Lipat sehelai kertas menjadi dua bagian dan letakkan di meja, instruksikan pasien untuk menirukannya.
1	1	Tuliskan instruksi “Tutup mata ”, instruksikan pasien untuk membacanya dan melakukannya.
1	1	Buat 1 kalimat terdiri dari subjek dan predikat.
1	1	Istruksikan pasien meniru gambar.
30	30	Total skor pasien

Keterangan :

- Skor 24-30 : Status kognitif normal
- Skor 17-23 : Kemungkinan gangguan kognitif
- Skor 0-16 : Gangguan kognitif

Hasil pengkajian MMSE didapat jumlah skor yang diperoleh pasien yaitu 30, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal.

c. Status mental

Pengkajian status mental menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS) seperti pada tabel 8 berikut ini.

Tabel 8
Hasil Pengkajian GDS Pada Tn. M dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kuta Utara Tahun 2022

NO	PERNYATAAN	Kunci	YA	TIDAK
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda?	Tidak	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Ya		√
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	Ya		√
4	Apakah anda sering merasa bosan ?	Ya		√
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak	√	
6	Apakah anda takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	Ya		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Tidak	√	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	Ya		√
9	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada pergi keluar dan melakukan sesuatu yang baru?	Ya	√	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?	Ya		√
11	Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan?	Tidak	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Ya		√
13	Apakah anda merasa penuh energi/semangat?	Tidak	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya		√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda?	Ya		√
TOTAL SKOR			1	

Interpretasi :

Pasien mengatakan penglihatannya masih jelas, mata simetris dan tidak tampak katarak.

b) Pendengaran

Pada telinga pasien tampak bersih, pendengaran masih jelas tidak ada kelainan, telinga simetris, tidak ada serumen dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

c) Hidung, Pembau

Penghidu : **1. normal** 2. ada gangguan.....

Sekret/ darah/ polip : Tidak ada

Tarikan cuping hidung : 1. ya 2. **tidak**

Pasien mengatakan penciumannya tidak mengalami masalah atau keluhan. Hidung tampak bersih dan penciuman baik.

3) Leher

Pembesaran tiroid : 1. ya 2. **tidak**

Lesi : 1. **tidak** 2. ya, di sebelah.....

Nadi karotis : 1. **teraba** 2. tidak

Pembesaran limfoid : 1. ya 2. **Tidak**

4) Dada dan Punggung

a) Jantung : 1. nadi : 88 x/ menit, 2. kekuatan: **kuat**/ lemah

3. irama : **teratur**/ tidak 4. lain-lain : tidak ada

b) Paru

Frekuensi nafas : **teratur**/ tidak

Kualitas : **normal**/ dalam/ dangkal

Suara nafas : **vesikuler**/ ronchi/ wheezing

Batuk : ya/ **tidak**

Sumbatan jalan nafas: tidak ada

Retraksi dada : 1. ada 2. **tidak ada**

5) Abdomen dan Pinggang

a) Sistem Pencernaan

Peristaltik usus : 1. **Ada**, 10x/menit 2. tidak ada
3. hiperperistaltik 4. lain-lain...

Kembung : 1. ya 2. **tidak**

Nyeri tekan : 1. **tidak** 2. ya di kuadran...../bagian....

Ascites : 1. ada 2. **tidak ada**

Saat pengkajian, pasien mengatakan ia tidak mengalami masalah dalam sistem pencernaannya. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien mengatakan BAB 1x sehari. Waktu di pagi hari dengan warna kuning kecoklatan dan konsistensi lembek.

b) Sistem Genetauri

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak memiliki keluhan dalam berkemih. Sebelum maupun setelah pengkajian pasien BAK \pm 4x sehari. Pasien BAK sebanyak 400 ml/hari dengan warna kuning jernih, dan bau khas urea.

6) Ekstremitas Atas dan Bawah

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

R O M : 1. **penuh** 2. terbatas

Hemiplegi/parese : 1. **tidak** 2. ya

Akral : 1. **hangat** 2. dingin

Capillary refill time : 1. < **3 detik** 2. > 3 detik

Edema : 1. **tidak ada** 2. ada di daerah.....

Lain-lain : Tidak ada

7) Sistem Imun

Pasien mengatakan sakit yang biasa dirasa hanya lemah, pusing, sakit kepala dan kesemutan.

8) Genetalia

Pimosis : 1. ya 2. **tidak**

Alat Bantu : 1. ya 2. **tidak**

Kelainan : 1. **tidak** 2. ya, berupa.....

9) Reproduksi : Pasien mengatakan tidak mengalami masalah atau kelainan pada sistem reproduksinya.

10) Persarafan

Saat pengkajian, respon pasien nampak baik. Pasien tampak tidak mengalami gangguan persarafan

11) Pengecapan

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah dalam pengecapannya. Pasien mampu merasakan rasa makanan secara normal.

12) Kulit

Turgor : 1. **elastis** 2. kering 3. lain-lain

Laserasi : 1. luka 2. memar 3. **tidak ada**

Warna kulit : 1. **normal** (putih/**sawo matang**/ hitam) 2. pucat

3. sianosis 4. ikterik 5. lain-lain.....

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisa data

Tabel 9

Analisa Data Masalah Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Tn. M

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
1	2	3
<p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan sudah ± 1 bulan terakhir mengeluh nyeri pada tengkuk kepala. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengeluh nyeri pada bagian tengkuk menjalar ke pundak Pasien juga mengatakan pernah sulit tidur bila sakit tengkuknya kambuh. Pengkajian PQRST didapatkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • P : Pasien mengatakan nyeri pada tengkuk kepala bertambah jika melakukan aktivitas (saat berkebun). • Q : Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut. 	<p>Faktor predisposisi : usia, jenis kelamin, merokok, stress, olahraga, genetik, alkohol, konsentrasi garam</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipertensi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perubahan struktural dan fungsional pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan relaksasi otot polos pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Menurunkan kemampuan daya regang pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Meningkatkan tekanan darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Peningkatan tekanan vascular serebral</p>	<p>Nyeri Akut</p>

1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> R: nyeri pada tengkuk kepala menjalar hingga ke pundak S : Skala nyeri 5 (0-10) T : Nyeri dirasakan hilang timbul <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak meringis - Hasil tanda-tanda vital didapatkan : tekanan darah = 170/110 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 20 x/menit dan suhu 36⁰C. - Pasien nampak bersikap protektif (memegang area leher yang sakit). 	<p>↓</p> <p>Nyeri kepala menjalar ke leher dan pundak</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	

2. Rumusan Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada bagian tengkuk menjalar ke pundak, sulit tidur bila sakit tengkuknya kambuh, pasien nampak meringis, memegang area leher yang sakit, hasil tanda-tanda vital didapatkan : tekanan darah = 170/110 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 20x/menit dan suhu 36⁰C.

C. Rencana Keperawatan

Berdasarkan analisis data yang diperoleh dari hasil pengkajian didapatkan bahwa diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas pada kasus kelolaan adalah nyeri akut. Adapun perencanaan asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan nyeri akut disusun berdasarkan standar SLKI (2019) dengan dua luaran yaitu luaran utama (tingkat nyeri menurun) dan luaran tambahan (kontrol nyeri meningkat).

Pada kasus kelolaan, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 x 30 menit, diharapkan luaran utama (tingkat nyeri menurun) dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, wajah meringis menurun, sikap protektif menurun, keluhan kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Adapun luaran tambahan (kontrol nyeri meningkat) dengan kriteria hasil melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat.

Adapun intervensi yang diberikan sesuai dengan SIKI (2018) yaitu intervensi utama manajemen nyeri dan intervensi pendukung perawatan kenyamanan. Intervensi utama manajemen nyeri sebagai berikut :

a. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 5) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.

b. Terapeutik

- 1) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

2) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

c. Edukasi

- 1) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Adapun intervensi pendukung perawatan kenyamanan sesuai dengan standar SIKI (2018) sebagai berikut.

a. Observasi

- 1) Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak).
- 2) Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya.
- 3) Identifikasi masalah emosional dan spiritual.

b. Terapeutik

- 1) Berikan posisi yang nyaman.
- 2) Ciptakan lingkungan yang nyaman.
- 3) Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan.
- 4) Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan.

c. Edukasi

Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang telah dilakukan selama 4 hari dari tanggal 21- 24 Maret 2022. Waktu dan lamanya proses implementasi disesuaikan dengan waktu luang pasien dan keluarga. Implementasi yang diberikan sesuai dengan

standar intervensi SIKI (2018) yaitu intervensi utama (manajemen nyeri) yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri non verbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Adapun intervensi pendukung (perawatan kenyamanan) yang diberikan yaitu mengidentifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak), mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaan klien, mengidentifikasi masalah emosional dan spiritual, memberikan posisi yang nyaman, menciptakan lingkungan yang nyaman, mendukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan, mendiskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan, menjelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan, mengajarkan cara perawatan yang bisa dilakukan keluarga. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dijelaskan lebih rinci pada lampiran.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada penelitian ini menggunakan evaluasi formatif. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis/assessment (perbandingan data dengan teori) dan

perencanaan. Pada kasus penelitian ini dilakukan evaluasi keperawatan pada Kamis, 24 Maret 2022 pukul 16.20 WITA, didapatkan hasil evaluasi yaitu S (pasien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, sulit tidur tidak ada, lebih rileks), O (pasien tampak tenang, wajah meringis menurun, skala nyeri 2 (0-10), pasien dan keluarga mampu membuat rebusan daun pegagan secara mandiri, hasil pengukuran TTV pasien didapatkan tekanan darah : 130/70 mmHg, nadi :80x/menit, suhu : 36,1⁰C, pernapasan : 20x/menit), hasil *assessment* nyeri akut dan perencanaan pertahankan kondisi pasien.

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi Sesuai EBP

Intervensi inovasi yang diberikan pada pasien kelolaan dengan hipertensi yang mengalami masalah keperawatan nyeri akut yaitu dengan pemberian terapi herbal rebusan daun pegagan. Pelaksanaan pemberian terapi herbal air rebusan daun pegagan dilakukan dua kali dalam sehari pada pagi dan sore. Sebelum proses pemberian terapi, peneliti menjelaskan tujuan dan prosedur cara pembuatan air rebusan daun pegagan kepada pasien. Tujuan pemberian terapi herbal air rebusan daun pegagan yaitu menurunkan tekanan darah sehingga keluhan nyeri kepala dapat berkurang.

Prosedur pembuatan rebusan daun pegagan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) yang terlampir. Langkah pertama dengan menyiapkan 10 gram (20 lembar) daun pegagan, cuci daun hingga bersih, masukkan air 750 ml (3 gelas belimbing) dan daun pegagan ke dalam panci, rebus hingga air tersisa 1 gelas, saring rebusan daun pegagan tersebut dan biarkan hingga dingin. Anjurkan pasien untuk minum air rebusan selama dua kali sehari pada pagi dan sore hari (takaran 250 ml dalam 1 hari atau 1 kali minum takarannya 125 ml).

Hasil yang didapatkan setelah pelaksanaan intervensi yaitu rasa nyeri kepala pasien berkurang, skala nyeri 2 (0-10), wajah meringis tidak ada. Hasil pengukuran TTV pasien : tekanan darah : 130/70 mmHg, N :80x/menit, S : 36,1⁰C, pernapasan : 20x/menit. Sedangkan kondisi pasien sebelum diberikan intervensi pasien mengeluh nyeri kepala menjalar ke pundak, skala nyeri 5 (0-10), wajah tampak meringis, serta nyeri dirasakan seperti berdenyut, tekanan darah = 170/110 mmHg, nadi 90x/menit, pernapasan 20 x/menit dan suhu 36⁰C.