BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Informasi dalam pengkajian keperawatan pada karya tulis ilmiah ini diperoleh melalui wawancara dengan pasien, keluarga pasien, serta perolehan data dari rekam medis pada pasien penderita hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri kronis. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Senin, 26 Januari 2026 pukul 07.00 WITA diperoleh data sebagai berikut.

1. Identitas pasien

Pasien berinisial Ny. P berusia 67 tahun dengan jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMA, tidak bekerja, dan beragama hindu.

2. Keluhan utama

Saat MRS pasien mengeluh sakit seperti berdenyut pada bagian kepala belakang disertai rasa pusing dan leher terasa kaku, mual, dan badan lemas, dan saat pengkajian pasien mengeluhkan nyeri kepala di bagian tengkuknya yang menjalar sampai ke leher disertai rasa pusing dan kaku. Pasien juga mengatakan seringkali mengalami kesulitan tidur di malam hari.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD RSUD Wangaya pada tanggal 25 Januari 2026 pukul 06.00 WITA dalam keadaan sadar dengan keluhan sakit seperti berdenyut pada bagian kepala belakang disertai rasa pusing dan leher terasa kaku, mual, dan badan lemas. Rasa sakit kepala sudah dirasakan oleh pasien sejak 3 hari yang lalu (22 Januari 2026) dan mulai memberat saat bangun pagi. Keluarga pasien mengatakan sebelum dilarikan ke IGD, pasien sedang beranjak dari tempat tidur menuju dapur,

namun saat berjalan tiba-tiba pasien terjatuh lemas. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa 3 hari sebelumnya pasien memang sudah mengeluh sakit kepala, namun keluarga menganggap hanya sakit kepala biasa akibat kurang tidur karena pasien masih mampu makan, minum, dan beraktivitas ringan seperti biasa. Selama di rumah keluarga hanya menyarankan pasien untuk tidak beraktivitas terlalu banyak, minum air hangat, dan rutin meminum obat yang sudah diberikan dari poliklinik jantung berupa bisoprolol fumarate 2,5 mg 1x1, spironolactone 25 mg 1x1, candesartan cilexetil 16 mg 2x1, furosemide 40 mg tab 1x1, dan vitamin B kompleks 1x1.

Pada tanggal 25 Januari 2026 pukul 06.00 WITA, pasien tiba-tiba terjatuh lemas dan diantar oleh keluarga dengan kendaraan pribadi ke RSUD Wangaya. Saat dilakukan pemeriksaan di IGD didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD 190/80 mmHg, Nadi 114x/menit, Respirasi 23x/menit, Suhu 36,8^{o}C, SPO2 97% dengan kesadaran compos mentis, GCS: Eye: 4, Motoric: 6, Verbal: 5, skala nyeri 7 dari 0-10 dengan skala pengukuran Numerical Rating Scale. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan antara lain melakukan pemeriksaan elektrokardiogram (EKG) dengan hasil sinus tachycardia, melakukan pemeriksaan foto toraks dengan hasil cardiomegali. Hasil pemeriksaan laboratorium Hemoglobin 12,3 g/dL, Hematokrit 37%, eritrosit 3,92 10^6/uL, Ureum 42.8 mg/dL, Kreatinin 1,3 mg/dL (sedikit meningkat), GDS 112 mg/dL. Pasien juga diberikan terapi infus NaCl 0,9% 500 ml 20 tpm, Candesartan 16 mg (Oral), spironolactone 25 mg (Oral), injeksi ondansetron 4 mg (Intravena), dan infus paracetamol 500 ml. Pasien didiagnosis medis *Hypertensive Urgency + Congestive Heart Failure* (CHF) ec *Hypertension*. Setelah dilakukan pemeriksaan di IGD,

pasien diputuskan untuk pindah ke ruang rawat inap Belibis pada tanggal 25 Januari pukul 10.00 WITA.

4. Riwayat penyakit dahulu dan riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit Sebelumnya pasien pernah mengontrol hipertensi dan kondisi jantungnya ke Poliklinik Jantung di RSUD Wangaya namun tidak rutin karena jarang yang mengantar, dan sedang mengkonsumsi obat-obatan seperti Bisoprolol Fumarate 2,5 mg 1x1, Spironolactone 25 mg 1x1, Candesartan Cilexetil 16 mg 2x1, Furosemide 40 mg tab 1x1, dan Vitamin B kompleks 1x1. Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki penyakit bawaan seperti hipertensi dan diabetes mellitus.

5. Data fokus keperawatan

Senin, 26 Januari 2026 pukul 07.00 WITA , pengkajian data diperoleh pasien mengeluhkan nyeri terasa berdenyut-denyut di kepala bagian tengkuknya yang menjalar sampai ke leher disertai rasa pusing dan kaku dengan skala nyeri 6 (0-10) terasa hilang timbul, mengatakan seringkali mengalami kesulitan tidur di malam hari, tampak meringis, menahan rasa nyeri, dan beberapa terlihat mencoba mencari posisi tidur yang nyaman, tidak mampu menuntaskan aktivitasnya, dan merasa takut akan terjadi hal seperti ini lagi. Keadaan umum lemah, pasien dapat diajak berkomunikasi dan kooperatif. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh data TD 180/90 mmHg, Nadi 112x/menit, Respirasi 22x/menit, Suhu 36,7^{o}C, SPO2 98%. Saat ini pasien mendapat terapi obat dari dokter berupa infus NaCl 0,9% 500 ml 12 tpm, injeksi ranitidine 50 mg 2x1, bisoprolol fumarate 2,5

mg 1x1, spironolactone 25 mg 1x1, candesartan cilexetil 16 mg 2x1, furosemide 40 mg tab 1x1, dan vitamin B kompleks 1x1, injeksi ondansetron 4 mg 3x1 dan infus paracetamol 500 ml. Tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan GCS: E4V5M6, terpasang infus NaCl 0,9% di kaki kiri sejak tanggal 25 Januari 2026, terdapat pembengkakan pada kedua kaki 2 mm dengan derajat +2.

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis data dan masalah keperawatan

Tabel 7
Analisis Data Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis pada Ny. P dengan Hipertensi di Ruang Belibis RSUD Wangaya

Data Fokus	Nilai Normal	Masalah Keperawatan
1	2	3
Data Mayor		Nyeri Kronis (D.0078)
Subjektif:	Subjektif:	
1. Pasien mengeluh nyeri di bagian tengkuk dan terasa kaku dengan skala 6 (0-10)	Pasien tidak mengeluh nyeri	
Objektif:		
1. Pasien tampak meringis	1. Pasien tampak tidak meringis	
2. Pasien tampak gelisah	2. Pasien tidak tampak gelisah	
3. Pasien tidak mampu menuntaskan aktivitasnya	3. Pasien mampu menuntaskan aktivitasnya	
Data Minor		
Subjektif:	Subjektif:	
1. Pasien merasa takut mengalami cedera berujung	1. Pasien merasa takut mengalami cedera berujung	

1	2	3
Objektif: 1. Pasien bersikap protektif 2. Pasien bersikap waspada 3. Pola tidur pasien berubah	Objektif: 1. Pasien tidak bersikap protektif 2. Pasien tidak bersikap waspada 3. Pola tidur pasien tidak berubah	

2. Analisis masalah

Tabel 8
Analisis Masalah Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis pada Ny. P dengan Hipertensi di Ruang Belibis RSUD Wangaya

Masalah	Analisis
1	2
Nyeri Kronis (D.0078)	Hipertensi ↓ Peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi dan peningkatan resistensi vascular ↓ Aliran darah ke jaringan (terutama otot leher dan otak) tidak optimal ↓ Iskemia ringan pada otot dan jaringan sekitar kepala/leher ↓ Ketegangan otot leher dan bahu ↓ Stimulasi reseptor nyeri (nociceptor) ↓ Pasien mengeluh nyeri di bagian tengkuk dan terasa kaku dengan skala 6 (0-10), tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, takut mengalami cedera berujung, bersikap protektif, waspada, dan pola tidur berubah ↓ Nyeri Kronis

3. Perumusan diagnosis

Berdasarkan hasil analisis data dan analisis masalah, dirumuskan diagnosis keperawatan berupa Nyeri Kronis berhubungan dengan penekanan saraf dibuktikan dengan mengeluh nyeri dengan skala 6 (0-10), tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cedera berujung, bersikap protektif, bersikap waspada, dan pola tidur berubah.

C. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan pada Ny. P menggunakan standar dari 3S yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI. Perencanaan keperawatan memfokuskan pada diagnosis keperawatan nyeri kronis yang dijabarkan dalam tabel berikut.

Tabel 9
Rencana Keperawatan Asuhan Keperawatan Nyeri Kronis pada Ny. P dengan Hipertensi di Ruang Belibis RSUD Wangaya

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Nyeri Kronis (D. 0078) berhubungan dengan penekanan saraf dibuktikan dengan mengeluh nyeri dengan skala 6 (0-10), tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cedera berujung, bersikap protektif, bersikap waspada, dan pola tidur berubah.	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka Tingkat Nyeri Berkurang dengan kriteria hasil: Tingkat Nyeri (L.08066) a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) c. Sikap protektif menurun (5) d. Gelisah menurun (5) e. Pola tidur membaik (5)	Intervensi Utama Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup g. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan,

1	2	3
		kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi a. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetic (paracetamol 500 ml) Pemberian Analgesik (I.08243) Observasi a. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, Lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) b. Identifikasi riwayat alergi obat c. Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri d. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic e. Monitor efektivitas analgesic Terapeutik a. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal

1	2	3
		b. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum c. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum d. Tetapkan target efektivitas analgesic untuk mengoptimalkan respons pasien e. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan Edukasi a. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi (paracetamol 500 ml 2x1) Intervensi Inovasi Pemberian Teknik Relaksasi Autogenik a. Ajarkan teknik nonfarmakologis meredakan nyeri dengan teknik relaksasi autogenik b. Jelaskan tujuan dan prosedur melakukan teknik relaksasi autogenik

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. P disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan standar 3S yaitu

SDKI, SLKI, dan SIKI. Implementasi dilakukan selama 3 hari terhitung mulai tanggal 26-29 Januari 2026. Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan adalah sesuai dengan intervensi utama yaitu manajemen nyeri dan pemberian analgesik, serta terapi inovasi berupa pemberian teknik relaksasi autogenik. Tindakan yang dilakukan meliputi: mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, mengidentifikasi riwayat alergi obat, memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, memonitor efek samping dan efektivitas analgesik, serta mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi autogenik selama 15 menit. Mendokumentasikan hasil pemantauan. Implementasi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 29 Januari 2026 pukul 07.00 WITA dengan pasien telah menunjukkan adanya perubahan kondisi kearah yang lebih baik sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

1. Subjektif

Pasien mengatakan bahwa setelah melakukan teknik relaksasi autogenik rasa nyeri di bagian tengkuknya perlahan berkurang dengan skala 4 (0-10), nyeri terasa berkurang walaupun tidak hilang sepenuhnya, dan pasien juga mengatakan bahwa rasa takutnya untuk mengalami cedera berulang sudah sedikit berkurang.

2. Objektif

Pasien tampak sudah tidak meringis, sudah tidak gelisah, pasien tampak mulai mampu beraktivitas ringan sedikit demi sedikit, sudah tampak tidak bersikap protektif, waspada, dan pola tidur mulai membaik, pasien tampak mampu

melakukan teknik relaksasi autogenik secara mandiri atau ditemani oleh keluarganya tanpa bimbingan dari peneliti.

3. *Assesment*

Tujuan tercapai, masalah nyeri kronis belum teratasi.

4. *Planning*

a) Pertahankan kondisi pasien

b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

c) Anjurkan pasien untuk rutin melakukan teknik relaksasi autogenik setiap pagi dan malam

d) Lanjutkan delegasi pemberian obat sesuai advice dokter berupa:

1) Bisoprolol fumarate 2,5 mg 1x1

2) Spironolactone 25 mg 1x1

3) Candesartan cilexetil 16 mg 2x1

4) Furosemide 40 mg tab 1x1

5) Vitamin B kompleks 1x1

F. Evaluasi Pelaksanaan Intervensi Inovasi atau Terpilih Sesuai EBP

Intervensi inovasi yang diberikan kepada pasien kelolaan yang mengalami hipertensi dengan nyeri kronis dengan data subjektif berupa pasien mengeluh nyeri di bagian tengkuk dengan skala nyeri 6 (0-10) dan terasa kaku, pasien juga mengatakan takut untuk mengalami cedera yang lebih buruk lagi, maka terapi inovasi yang diberikan adalah teknik relaksasi autogenik. Pada karya ilmiah ini teknik relaksasi diberikan sebanyak dua kali kepada pasien pada pagi dan malam hari dengan durasi 15 menit dalam kurun waktu tiga hari sesuai dengan Standar Operasional prosedur (SOP). Tujuannya adalah untuk meredakan nyeri dan

memberikan perasaan nyaman, mengurangi stress ringan dan sedang, memberikan efek ketenangan, menurunkan tekanan darah, dan mengurangi ketegangan. Pelaksanaan teknik relaksasi autogenik diawali dengan mengatur posisi nyaman pada pasien seperti duduk atau berbaring dengan bahu atau kepala disanggah bantal, instruksikan pasien untuk memejamkan mata dan meletakkan kedua tangan diatas perut atau dada, mengatur pola napas, dan kemudian mengucapkan kata-kata atau kalimat pendek berulangkali untuk menciptakan sensasi berat, hangat, dan tenang dalam tubuh yang dilakukan selama 15 menit.

Hasil evaluasi dari pelaksanaan teknik relaksasi autogenik sebanyak dua kali pagi dan malam hari selama tiga hari didapatkan hasil bahwa pasien mengatakan nyerinya menurun menjadi skala 4 (0-10) walau tidak hilang sepenuhnya, pasien tampak sudah tidak meringis, pasien tampak mampur berbaring dengan nyaman tanpa merasa gelisah, pola tidur pasien juga mulai membaik, dimana pada awalnya pasien seringkali terbangun di malam hari, setelah intervensi diberikan, tidur pasien menjadi lebih nyenyak dan jarang terbangun. Frekuensi nadi, respirasi, dan tekanan darah pasien juga membaik setelah diberikan intervensi.