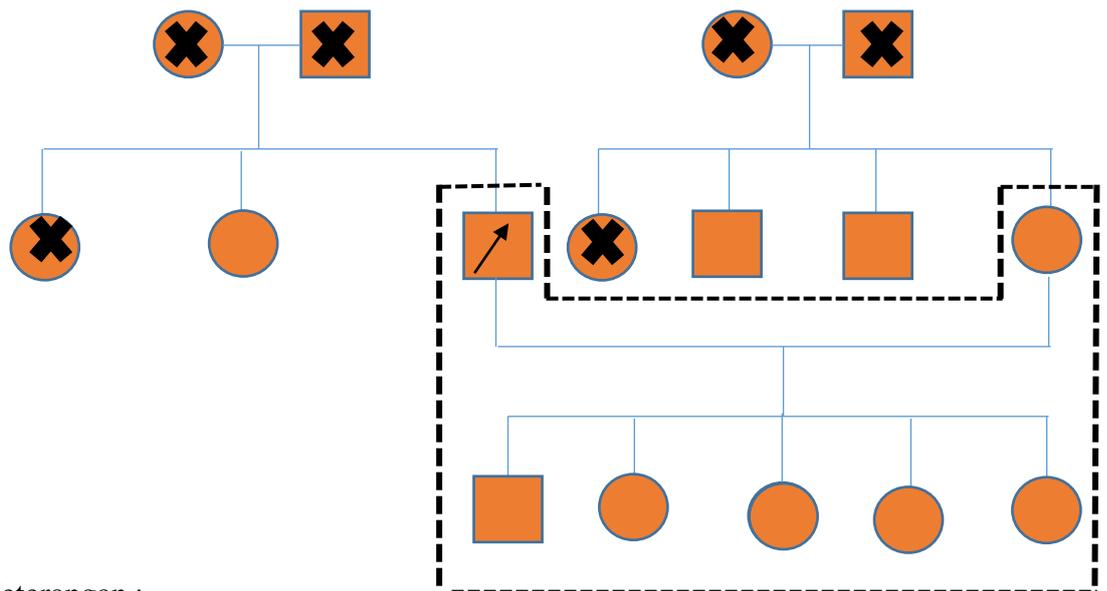


### BAB III GAMBARAN KASUS

#### A. Skenario

Tn. E datang ke UPT. Puskesmas Sikui bersama Istrinya pada pada hari Selasa tanggal 22 Januari 2024 pada pukul 09.00 WIB. Tn. E (50 tahun) mengeluh nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 5 (nyeri sedang, 1-10), nyeri dirasakan memberat ketika kurang istirahat, nyeri seperti diremas-remas muncul hilang timbul, selain itu Tn. E mengatakan sering gelisah disertai keringat dingin, nafsu makan berkurang dan sulit tidur. Tn. E mengatakan keluhan ini sudah dirasakan mulai 2 hari yang lalu. Riwayat kesehatan sebelumnya Tn. E telah menderita tekanan darah tinggi mulai 6 bulan yang lalu dari riwayat kesehatan keluarga, ibu Tn. E juga mengalami tekanan darah tinggi. Tn. E mengonsumsi obat rutin hipertensi berupa amlodipin 5 mg, namun 1 bulan terakhir tidak meminum obat dengan alasan adanya kesibukan pekerjaan.



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Laki-laki meninggal

Dari pihak laki-laki riwayat hipertensi dan asma

Dari pihak perempuan Riwayat hipertensi



: Perempuan meninggal  
 Dari pihak perempuan riwayat hipertensi  
 Dari pihak laki-laki riwayat hipertensi

----- : Tinggal serumah  
 | : Keturunan  
 | : Menikah

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah: 160/100 mmHg, Nadi: 105 x/menit, *Respirasi Rate*: 24 x/menit, dan suhu 36,5<sup>0</sup>C, Tn. E tampak gelisah dan meringis, tegang, memegang daerah nyeri, suara bergetar, dan tremor. Kesadaran komposmentis dengan GCS E4V5M6, BB: 60 kg dan TB: 160 cm. Pengkajian secara *head to toe* di dapatkan dalam batas normal dan tidak ada kelainan dan keluhan. Namun, nafsu makan pasien kurang lebih 1 minggu kebelakang berkurang, pasien makan hanya 2x sehari dan sering tidak menghabiskan makanannya.

Tabel Daftar Obat Konsumsi Tn. E

No.	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	Amlodipine Besilate 5 mg	1x1	Obat untuk menurunkan tekanan darah

## B. Analisa Data

Data	Etiologi	Problem
<b>DS:</b> Tn. E mengeluh nyeri. <b>P:</b> diraskan ketika kurang istirahat <b>Q:</b> nyeri dirasa seperti diremas-remas <b>R:</b> regio di bagian kepala hingga leher <b>S:</b> skala 5 (1-10, nyeri sedang) <b>T:</b> nyeri muncul hilang timbul	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut

<p>selain nyeri dirasakan juga pusing, sering gelisah disertai keringat dingin, dan sulit tidur.</p> <p><b>DO:</b> Tekanan darah: 160/100 mmHg, Nadi: 105 x/menit, <i>Respirasi Rate</i>: 24x/menit, dan suhu 36,5<sup>0</sup>C, Tn. F tampak gelisah, tegang, suara bergetar, dan tremor. Kesadaran Composmentis dengan GCS E4V5M6, BB: 50 kg dan TB: 150 cm.</p>		
<p><b>Faktor Risiko :</b> Hipertensi</p>	-	Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif
<p>DS: pasien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>DO: BB: 50 kg dan TB: 150 cm. IMT : 22,2 / Normal</p>	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Resiko Defisit nutrisi

### C. Rumusan Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Risiko defisit nutrisi b.d. faktor psikologis

### D. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Risiko perfusi jaringan cerebral	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	<b>Manajemen Peningkatan</b>

	tidak efektif (D. 0017)	<p>selama 1x30 menit dengan SLKI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perfusi Serebral (luaran utama)</li> </ol> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sakit kepala menurun</li> <li>2) Gelisah menurun</li> <li>3) Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>4) Tekanan darah diastol membaik</li> </ol>	<p><b>Tekanan Intrakranial</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor MAP</li> <li>4) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> </ol> <p><b>Pemantauan TTV</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor TTV</li> <li>2) Identifikasi penyebab perubahan TTV</li> </ol>
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D. 0077)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit dengan SLKI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingkat nyeri (luaran utama)</li> <li>2) Kontrol nyeri (luaran tambahan)</li> <li>3) Status kenyamanan (luaran tambahan)</li> </ol> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Melaporkan bahwa keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, berkeringat dingin menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, tekanan darah membaik dan nafsu makan membaik.</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri serta faktor presipitasi</li> <li>2) Lakukan <i>vital sign</i> (Tekanan darah, Nadi, Respirasi, dan Suhu)</li> <li>3) Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu intervensi <i>progresive</i></li> </ol>

		<p>2) Melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri, kemampuan mengenali penyebab nyeri dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis.</p> <p>3) Status kenyamanan atau kesejahteraan fisik dan psikologis meningkat, keluhan tidak nyaman seperti gelisah dan kesulitan tidur menurun.</p>	<p><i>muscle relaxation</i></p> <p>Evaluasi keefektifan intervensi kontrol nyeri dengan teknik nonfarmakologis.</p>
3.	Risiko defisit nutrisi b.d. faktor psikologis (D.0019)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit dengan SLKI:</p> <p>1) Nafsu makan (luaran tambahan)</p> <p>Adapun kriteria hasil yang diharapkan adalah sebagai berikut:</p> <p>1) Melaporkan bahwa keinginan makan meningkat dan asupan nutrisi meningkat</p>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p>1) Identifikasi nutrisi</p> <p>2) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>3) Monitor berat badan</p> <p>4) Berikan suplemen makanan jika memungkinkan</p> <p>5) Ajarkan diet yang dianjurkan</p> <p>6) Menganjurkan oral hygiene sebelum makan</p> <p>7) Menganjurkan makan sering walau sedikit, berupa tinggi kalori dan protein</p> <p>8) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan</p>

### E. Implementasi Keperawatan

No. Diagnosa	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan
D. 0017	Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif	1) Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Memonitor MAP 4) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5) Memonitor TTV 6) Mengidentifikasi penyebab perubahan TTV
D.0077	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri serta faktor presipitasi 2) Melakukan <i>vital sign</i> (Tekanan darah, Nadi, Respirasi, dan Suhu) 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4) Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5) Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu intervensi <i>progresive muscle relaxation</i> . Adapun langkahnya sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Posisi rileks, kepalkan tangan dengan kuat, tahan 5 detik dan lepaskan kepalan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</li> <li>b. Posisi rileks, tekuk pergelangan tangan hingga dapat dirasakan ketegangan, tahan 5 detik dan lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</li> <li>c. Posisi rileks, kemudian mengepalkan kedua tangan dan menekuk siku, hingga dapat dirasakan ketegangan, tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan disertai napas dalam dan merasakan rileks 10 detik, lakukan Gerakan 2 kali</li> <li>d. Posisi rileks, kemudian mengangkat kedua bahu setinggi tingginya hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</li> <li>e. Posisi rileks, kemudian mengerutkan dahi dan alis hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam</li> </ol>

		<p>dan merasakan rileks 10 detik lakukan gerakan 2 kali</p> <p>f. Posisi rileks, kemudian menutup kedua mata hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>g. Posisi rileks, kemudian mengatupkan rahang dengan mengigit gigi hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>h. Posisi rileks, kemudian bibir dimonconkan hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>i. Posisi rileks, kemudian menekankan kepala kepermukaan bantalan kursi atau permukaan dinding hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>j. Posisi rileks, kemudian mendekatkan dagu ke dada hingga dapat dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>k. Duduk tanpa bersandar kemudian busungkan dada hingga dirasakan ketegangan tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>l. Posisi rileks, kemudian Tarik napas dalam hingga dada terlihat mengembangtahan selama sesaat kemudian lepaskan ketegangan secara perlahan dan bernafas seperti semula. Lakukan gerakan 2 kali</p> <p>m. Posisi rileks, kemudian Tarik perut ke dalam hingga dirasakan ketegangan sekitar perut tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>n. Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk kedua pergelangan kaki (<i>dorso Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan</p>
--	--	---

		<p>perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p> <p>o. Duduk rileks, dengan kedua kaki diluruskan kemudian tekuk kedua pergelangan kaki (<i>Plantar Fleksi ankle</i>) hingga dirasakan ketegangan sekitar betis dan paha tahan 5 detik kemudian lepaskan perlahan dengan napas dalam dan merasakan rileks 10 detik lakukan Gerakan 2 kali</p>
D.0019	Risiko defisit nutrisi b.d. faktor psikologis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi nutrisi</li> <li>2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>3. Memonitor berat badan</li> <li>4. Menganjurkan oral hygiene sebelum makan</li> <li>5. Menganjurkan makan sering walau sedikit, berupa tinggi kalori dan protein</li> <li>6. mengajarkan diet yang dianjurkan (diet rendah garam)</li> </ol>

#### F. Evaluasi Keperawatan

No. Diagnosa	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
D.0017	Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif	<p><b>S :</b> Tn. E mengatakan masih merasakan nyeri kepala hingga leher disertai pusing dengan skala 3/nyeri ringan (skala 1-10), nyeri dirasakan sedikit berkurang</p> <p><b>O :</b> Tekanan darah: 150/90 mmHg, Nadi: 82 x/menit, <i>Respirasi Rate</i>: 21x/menit, dan suhu 36,3<sup>0</sup>C, Kesadaran Composmentis GCS E4V5M6. MAP = 130</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>
D.0077	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	<p><b>S:</b> Tn. E masih mengeluh nyeri</p> <p><b>P:</b> nyeri berkurang setelah melakukan <i>progressive muscle relaxation</i>.</p> <p><b>Q:</b> dirasakan seperti nyut-nyutan</p>

		<p>R: regio dikepala hingga leher  S: skala nyeri 3 (1-10, nyeri ringan)  T: nyeri hilang timbul</p> <p><b>O:</b>  Tekanan darah: 150/90 mmHg, Nadi: 82 x/menit, <i>Respirasi Rate</i>: 21x/menit, dan suhu 36,3<sup>0</sup>C, Kesadaran Composmentis dengan GCS E4V5M6. pada saat melakukan teknik <i>progresive muscle relaxation</i> sangat kooperatif dan dilakukan dengan benar, tampak rileks, dan tidak ada ekspresi meringis /tampak kesakitan.</p> <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi</p> <p>P : Intervensi <i>progresive muscle relaxation</i> dilanjutkan oleh pasien di rumah</p>
D.0019	Risiko defisit nutrisi b.d. faktor psikologis	<p>S: pasien mengatakan akan mencoba memperbaiki jadwal, pola dan jenis makanan yang akan dikonsumsi, akan mengurangi makan yang tinggi garam</p> <p>O: pasien memahami cara untuk tetap menjaga nutrisi tetap baik</p> <p>A: resiko defisit nutrisi d.d faktor psikologis belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>