BAB III
ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Anamnesa

Anamenesa Kasus 1

a. Identitas Pasien :

Pasien Ny.M adalah seorang lansia yang berusia 71 tahun berpendidikan SMP, pekerjaan petani beragama islam, berdomisili di Desa Pasie Lamgarot Kecamatan Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar.

b. Riwayat kesehatan :

Keluhan utama :

Klien mengatakan sakit pada kepala dan tengkuknya

Riwayat penyakit sekarang :

Masalah kesehatan yang pernah dialami dan yang dirasakan saat ini Klien mengatakan ia pernah menderita sakit hipertensi sudah lebih dari 5 tahun dan saat ini klien mengatakan sakit pada tengkuknya dan susah tidur. Sakit tersebut hilang timbul, lebih dirasakan pada pagi hari dengan durasi 5 menit dengan skala nyeri 4 (sedang), klien mengatakan sulit bergerak bebas karena nyeri dan merasa sangat cemas, sering pusing berkunang-kunang saat kambuh.

TTV : TD : 170/95 mmHg, S : 36,6^{o}C, N: 76x/m, RR : 20x/menit.

Masalah kesehatan keluarga/ keturunan : Klien mengatakan keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi.

c. Kebiasaan sehari-hari

1) Biologis

a) Pola makan

Klien mengatakan pola makan baik karena dalam sehari ia bisa menghabiskan 1 porsi makanan berupa nasi lembek, sayur, ikan, daging ayam dan buah. Frekuensi 3 kali sehari.

b) Pola minum

Klien mengatakan ia bisa menghabiskan air putih 5-6 gelas ukuran sedang (250 cc) dalam sehari.

c) Pola tidur

Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun tengah malam karena merasa nyeri dan tidak dapat tidur lagi sampai subuh.

d) Pola eliminasi (BAB/BAK)

Klien mengatakan dalam sehari BAB 1 kali dengan konsistensi lembek dan berwarna kuning, sedangkan BAK 5-6 kali seminggu dengan warna kuning jernih dan tidak ada keluhan sakit saat bak.

e) Aktivitas sehari – hari

Aktivitas (ADL) :

Klien hanya beraktivitas mandiri jika tidak kambuh dan di bantu beraktivitas saat nyeri kambuh.

f) Rekreasi

Klien mengatakan rekreasinya : ia mengikuti senam dua kali seminggu bersama lansia yang lain.

2) Sosial

a) Dukungan keluarga

Klien mengatakan mendapat dukungan dari anak-anaknya

b) Hubungan dengan keluarga

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga sangat baik

c) Hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan hubungan dengan orang lain baik.

3) Spiritual

a) Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan ia mengikuti doa setiap shalat, makan atau aktivitas lainnya seperti bangun tidur.

b) Keyakinan tentang kesehatan

Klien mengatakan dirinya selalu mencatat semua saran dokter dan petugas medis setiap kali berobat atau konsultasi sehingga klien sangat tertib menjaga kesehatannya dan yakin bahwa setiap penyakit ada obatnya.

2. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum

Keadaan umum : Baik

Kesadaran : Compos mentis (CM)

Sikap tubuh : Membatasi gerak karena nyeri

Ekspresi wajah : meringis

TTV & Status Gizi

Suhu : 36,6’C

TD : 170/95 mmHg

Nadi : 76x/menit

RR : 20 x/menit

BB : 48 kg

TB : 155 cm

Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Warna rambut : Beruban

Kebersihan : Bersih

Distribusi : Sedang

Kerontokan : Ya

Keluhan : Ya

Klien mengatakan kepala dan tengkuknya sakit

2) Mata

Bentuk : Simetris

Konjungtiva : Tidak anemis

Sklera : Putih

Strabismus : Tidak

Penglihatan : Kabur

Peradangan : Tidak

Riwayat katarak : Tidak

Visus : ¼

Pupil : Isokor

Refleks cahaya : +/+

Keluhan : Ya

Klien mengatakan pengelihatan berkunang-kunang /kabur pada saat pusing

3) Hidung

Bentuk : Simetris

Peradangan : Tidak

Penciuman : Tidak

Keluhan lain : Tidak

4) Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan : Baik

Mukosa : Lembab

Gigi : Ompong

Radang gusi : Tidak

Kesulitan mengunyah : Ya

Kesulitan menelan : Tidak

5) Telinga

Bentuk : Simetris

Kebersihan : Baik

Peradangan : Tidak

Pendengaran : Tidak terganggu

6) Leher

Posisi trakea : Simetris

Pembesaran tiroid : Tidak

Pembesaran KGB : Tidak

JVD : Tidak ada masalah

Kaku kuduk : Tidak

Nyeri tekan tengkuk : Ya

Klien mengatakan sakit kepala dan tengkuk

7) Sistem Pernafasan

Bentuk dada : Normal

Pola nafas : Pernafasan normal

Frekuensi napas : 20 x/menit

Retraksi : Tidak

Wheezing : Tidak

Ronkhi : Tidak

Stridor : Tidak

Suara napas : Vasikuler

Pengembangan dada : Simetris kanan dan kiri

Batuk : Tidak

Produksi sputum : Tidak

Sesak napas : Tidak

8) Sistem kardiovaskular

Bunyi jantung : Normal

Irama : Teratur

Suara jantung tanbahan : Tidak

Ictus cordis : -

Akral : Hangat

CRT : < 3 detik

Edema : Tidak

9) Abdomen

Bentuk : Flat

Nyeri tekan : Tidak

Kembung : Tidak

Supel : Tidak

Bising usus : Tidak

Frekuensi : 12 x/menit

Massa : Tidak

Frekuensi BAB : 6-7 x/ minggu (dalam 1 minggu)

Konstipasi : Tidak

Diare : Tidak

10) Ekstremitas/ Muskuloskeletal

Kekuatan otot ekstremitas atas 4

Kekuatan otot ekstremitas bawah 4

Rentang gerak : Terbatas ringan

Aktivitas : Cepat lelah

Deformitas : Tidak

11) Neurologis

Refleks Fisiologis

Biseps : Tidak ada masalah

Triseps : Tidak ada masalah

Patella : Tidak ada masalah

Achilles : Tidak ada masalah

Plantar : Tidak ada masalah

12) Integumen

Warna kulit : Sawo matang

Kelembaban : Normal

Suhu kulit : Hangat

Turgor : Baik

Luka : Tidak

Memar : Tidak

Edema : Tidak

B. Analisa Data

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	DS : -Klien mengatakan sakit pada kepala dan tengkuknya sampai saat ini sakit pada tengkuknya masih terasa dan klien mengatakan susah tidur -klien mengatakan sakit tersebut hilang timbul dan lebih dirasakan pada pagi hari dengan durasi 5 menit DO: -Klien tampak sesekali memegang tengkuk dan kepalanya - ekspresi wajah meringis - skala nyeri : 4 (sedang) - TTV : TD: 170/95 mmHg	Nyeri akut	Agen pencederaan fisiologis (peningkatan tekanan darah/ vasokonstriksi serebral)

	N: 76 x/m RR: 20x/m BB: 48 kg TB: 155 cm		
2.	DS : Klien mengatakan sulit bergerak bebas dan cepat lelah DO : Klien tampak lemah, kekuatan otot 4, aktivitas tampak dibatasi	Intoleransi aktivitas	Kelemahan
3.	DS : Klien mengatakan pusing berkunang-kunang dan nyeri kepala DO : TD : 170/95 mmHg, riwayat hipertensi 5 tahun, usia 71 tahun.	Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif	Hipertensi

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
3. Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

D. Intervensi Keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan pada Ny. M dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dengan fokus pada pemberian terapi nonfarmakologis berupa distraksi musik instrumental klasik.

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, nyeri yang dirasakan klien berkurang, dengan kriteria hasil : - Skala nyeri menurun - Ekspresi wajah lebih rileks - Klien tampak nyaman - Klien mampu beristirahat	Observasi : - Mengkaji lokasi, intensitas, dan karakteristik nyeri - Mengobservasi respon nonverbal nyeri - Mengkaji skala nyeri secara berkala Terapeutik : - Memberikan teknik distraksi musik instrumental klasik selama 15-20 menit - Menciptakan lingkungan yang tenang - Membantu posisi yang nyaman Edukasi : - Menganjurkan klien untuk fokus pada relaksasi musik saat nyeri muncul - Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam - Menjelaskan manfaat distraksi musik instrumental terhadap nyeri Kolaborasi: -kolaborasi dengan tenaga medis dalam pemberian terapi farmakologis bila diperlukan.
Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan toleransi aktivitas meningkat.	Managemen Energi (I.12379) Observasi : - Mengkaji tingkat kelelahan sebelum dan sesudah

	Kriteria Hasil : - Klien mampu melakukan aktivitas ringan - Tingkat kelelahan berkurang - Kekuatan otot meningkat - Klien tampak lebih bertenaga	aktivitas - Mengobservasi kemampuan klien saat beraktivitas - Mengkaji kekuatan otot ekstremitas Terapeutik : - Membantu klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan - Melatih ROM aktif secara bertahap - Memberikan distraksi musik instrumentasi klasik saat istirahat untuk meningkatkan relaksasi Edukasi : - Menganjurkan istirahat yang cukup di sella aktivitas - Mengajarkan teknik penghematan energi - Menjelaskan pentingnya aktivitas ringan teratur.
Risiko prfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi cerebral Kriteria Hasil : - Tekanan darah lebih terkontrol - Tidak terjadi penurunan kesadaran - Tidak ada tanda defisit neurologis - Keluhan pusing berkurang	Observasi : - Memantau tekanan darah secara berkala - Mengkaji tingkat kesadaran dan keluhan pusing - Mengobservasi tanda defisit neurologis Terapeutik : - Memberikan posisi istirahat yang nyaman - Memberikan musik instrumental klasik untuk

		menurunkan stres - Menciptakan lingkungan yang tenang Edukasi : - Memberikan edukasi tentang pengendalian tekanan darah - Menganjurkan kepatuhan terhadap pengobatan - Menjelaskan tanda dan bahaya hipertensi Kolaborasi : - Kolaborasi pemeriksaan penunjang bila diperlukan.

E. Implementasi Keperawatan

tanggal	Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan
08-09-2025	09.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis	Mengkaji lokasi, intensitas, dan skala nyeri
	09.05		Mengobservasi respon nonverbal nyeri
	09.10		Memberikan teknik distraksi musik instrumental klasik selama 15 menit.
	09.30		Menciptakan lingkungan yang tenang
	10.00	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Mengkaji tingkat kelelahan sebelum aktivitas
	10.05		Membantu klien melakukan aktivitas ringan
	10.15		Melatih ROM aktif

	11.00	Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	Mengukur tekanan darah
	11.10		Memberikan relaksasi dengan musik instrumental klasik
09-09-2025	09.00	Nyeri akut	Mengkaji ulang skala nyeri
	09.10		Memberikan distraksi musik instrumental klasik selama 20 menit
	10.00	Intoleransi aktivitas	Mendampingi aktivitas sehari-hari
	11.00	Risiko perfusi cerebral tidak efektif	Memantau tekanan darah.
10-09-2025	09.00	Nyeri akut	mengkaji skala nyeri akhir
	09.10		Memberikan terapi musik intrumental klasik
	10.00	Intoleransi aktivitas	Evaluasi kemampuan aktivitas.
	11.00	Risiko perfusi cerebral tidak efektif	Mengobservasi tanda neurologis.

F. Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi
08-09-2025	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis	S : - Klien mengatakan nyeri kepala masih dirasakan, nyeri terasa berdenyut -klien mengatakan Nyeri muncul saat tekanan darah meningkat O : - Skala nyeri 4

		- Ekspresi tampak meringis - Klien tampak gelisah - TTV : TD : 170/95 mmHg N : 88 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan terapi musik instrumental klasik
	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan	S : - Klien mengatakan mudah lelah - Klien mengatakan tubuh terasa lemah perlu banyak istirahat saat beraktivitas O : - Aktivitas masih dibantu - Gerakan terbatas - Klien tampak lemah - Nadi : 92 x/menit setelah beraktivitas - RR : 22 x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan latihan ROM
	Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi	S : - Klien mengatakan pusing,kepala terasa berat - Klien mengatakan pusing saat berdiri O : - Kesadaran compos mentis - Tidak tampak defisit neurologis

		- TTV : TD : 170/95 mmHg RR : 20 x/menit A : Risiko masih ada P : Lanjutkan pemantauan
09-09-2025	Nyeri akut	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang, merasa lebih nyaman - Klien mengatakan nyeri jarang muncul O : - Skala nyeri 3 - Ekspresi wajah lebih rileks - Klien tampak tenang - TTV : TD : 150/90 mmHg - N : 84 x/menit A : Teratasi sebagian P : Lanjutkan terapi musik
	Intoleransi aktivitas	S : - Klien mengatakan tubuh lebih kuat, dan tidak terlalu cepat lelah - Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas ringan O : - Aktivitas ringan dapat dilakukan mandiri - Gerakan lebih leluasa - Klien tampak lebih bertenaga

		- Nadi : 88 x/menit setelah beraktivitas - RR : 20 x/menit A : Teratasi sebagian P : Tingkatkan aktivitas bertahap
	Risiko perfusi cerebral tida efektif	S : - Klien mengatakan pusing berkurang dan kepala terasa lebih ringan - Klien mengatakan pengelihatan lebih jelas atau tidak kabur lagi O : - Tekanan darah menurun - Kondisi klien stabil - Kesadaran baik - TTV : TD : 150/90 mmHg RR : 18 x/menit A : Risiko menurun P : Lanjutkan monitoring
10-09-2025	Nyeri akut	S : - Klien mengatakan nyeri hampir tidak ada dan tubuh terasa nyaman - Klien mengatakan dapat beristirahat dengan baik O : - Skala nyeri 1 - Wajah tampak rileks - Klien tampak nyaman

		- TTV : TD : 138/8 mmHg - N : 80 x/menit A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi
	Intoleransi aktivitas	S : - Klien mengatakan mampu beraktifitas mandiri dan tidak mudah lelah - Klien mengatakan tubuh terasa lebih kuat O : - Aktivitas dilakukan mandiri - Gerakan aktif - Tidak tampak kelelahan - Nadi : 84 x/menit setelah beraktivitas - RR : 18 x/menit A : Teratasi P : Anjurkan aktivitas mandiri
	Risiko perfusi cerebral tidak efektif	S : - Klien mengatakan tidak pusing dan tidak ada nyeri kepala - Klien mengatakan merasa sehat O : - Tekanan darah lebih stabil - Tidak tampak defisit neurologis - Kesadaran compos mentis A : Tidak terjadi

		P : Edukasi lanjutan