BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data dasar

a) Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 28 April 2021, didapatkan yaitu : Nama pasien Ny.M jenis kelamin Perempuan,usia 57 tahun, suku jawa, agama islam, Pendidikan SMP, Pekerjaan : Tidak bekerja, Alamat Solo Jawa tengah Saat dilakukan pengkajian Ny.M mengatakan pusing tetapi tidak sama seperti 3 hari sebelumnya dan Ny.M mengatakan nyeri saat digerakkan dan berubah tempat, Q: Ny.M mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: daerah kepala kanan, S: Skala 6 (1-10): Nyeri berat, T: Nyeri hilang timbul. Klien mengatakan sering terbangun dimalam hari, klien juga mengatakan susah tidur selama 3 hari, klien mengatakan keluhan itu sering datang secara tiba-tiba. Ny.M hanya seorang diri dan sekarang tinggal di panti pelayanan sosial lanjut usia bisma upakara pemalang. Jika klien sakit biasanya petugas panti memeriksakan klien ke puskesmas terdekat atau rumah sakit terdekat.

b) Hasil pengkajian riwayat keluarga diperoleh data klien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak ada yang menderita penyakit vertigo. Ny.M tinggal di Ruang Kunti panti pelayanan sosial lanjut usia bisma upakara pemalang.

c) Hasil pengkajian riwayat rekreasi diperoleh data bahwa Ny.M lebih banyak menghabiskan waktu di panti, klien lebih banyak tiduran saja dan menonton TV, klien jarang berpergian jauh. Klien setiap hari selasa mengikuti kerohanian , dan setiap hari jumat mengikuti senam di depan aula bersama semua keluarga panti pelayanan lanjut usia bisma upakara pemalang.

d) Pada pengkajian sistem pendukung yang digunakan diperoleh data bahwa Ny.M mengatakan jika ada anggota keluarga di ruang kunti panti pelayanan sosial lanjut usia bisma upakra pemalang, keluarga

memeriksakan anggota keluarga yang sakit ke klinik yang ada di panti , puskesmas atau pelayanan kesehatan terdekat jika mengalami gangguan kesehatan.

e) Saat dilakukan pengkajian tentang riwayat penyakit dahulu klien mengatakan sewaktu masih ada suami pernah mengalami vertigo. Keluarga panti juga mengatakan bahwa di dalam anggota panti tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit vertigo, klien mengatakan tidak memiliki riwayat jatuh.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Postur tulang belakang Ny.M normal, tidak mengalami kifosis. Keadaan umum klien baik dengan kesadaran composmentis, tekanan darah 100/80 mmHg, nadi 88/menit, suhu 36,1 C, rR 20x/menit. Berat badan sebelum sakit 60 kg dan setelah sakit 50 kg dengan tinggi badan 155 cm, hasil IMT: 20,8 kg/cm kategori berat badan normal.

b. Kepala klien tampak normal, wajah simetris, tidak ada lesi dan massa, rambut klien bersih, tampak sebagian tumbuh uban dan berwarna putih, mata simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis, tidak teraba benjolan pada mata, penglihatan kurang , bola mata terlihat berputar-putar, tidak ada nyeri tekan, mata tampak berkantung tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung berbentuk simetris fungsi penciuman klien tidak terganggu, tidak menggunakan pernafasan cuping hidung. Mulut klien tampak bersih dan tidak berbau, mukosa bibir kering, bentuk mulut simetris, gigi klien sudah terlepas berjumlah 2 buah pada bagian gigi geraham, gigi klien tidak ada caries, tidak mengalami peradangan pada gusi. Klien tidak da kesulitan menelan. Daun telingan klien simetris, tidak ada kemerahan pada telinga, tidak ada cairan keluar dari telinga, telinga tampak bersih dan pendengaran klien terganggu.leher klien tampak simetris, tidak terdapat kemerahan pada leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan/massa

c. Pada pemeriksaan dada pada Ny.M diperoleh pengembangan dinding dada kanan dan kiri simetris, tidak ada retraksi dinding dada, vocal fremitus kanan dan kiri sama, perkusi sonor, dan saat auskultrasi terdengar vesikuler (tidak terdengar wheezing dan ronki), respirasi 20x/menit. Pada pemeriksaan jantung ictus cordis tidak tampak, ictus cordis tidak teraba, jantung dalam batas normal , irama jantung regular, nadi 88/menit. Pemeriksaan abdomen diperoleh data saat inspeksi bentuk abdomen simetris, tidak tampak benjolan, tidak tampak bayangan vena, tidak tampak ada edema, tidak tampak lesi atau kemerahan. Saat auskultrasi suara peristaltik usus adalah 14x/menit, sedangkan saat diperkusi terdengar suara abdomen timpani pada kuadran kanan bawah dan kuadran kiri bawah, dan redup pada sebelah kuadran kanan atas. Saat dilakukan pemeriksaan palpasi pada kuadran kanan atas tidak terdapatpembesaran hepar, tidak terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah dan kuadran kiri bawah.

d. Pada pemeriksaan genetalia tidak terkaji karena klien menolak untuk dilakukan pemeriksaan. Pemeriksaan ekstremitas diperoleh postor tubuh tegak, tidak mengalami deformitas, tampak tremor.

e. Pada pemeriksaan ekstremitas atas tidak ada edema. Pada ekstremitas bawah akral teraba hangat. Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri dengan kekuatan penuh (normal) bernilai 5 dan kekuatan otot ekstremitas bawah kiri bernilai 4 yaitu mampu melakukan gerakan normal.

f. Pada pemeriksaan integumen. Kebersihan kulit baik, warna sawo matang, turgor kulit baik cubitan kembali dalam waktu 2 detik, tidak ada lesi, tidak tampak perubahan tekstur.

3. Pemeriksaan penunjang

Tidak terkaji

4. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

1. Psikososial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarng, sikap klien pada orang lain, harapan – harapan klien dalam melakukan sosialisasi.

Jawab : Ny. M bersikap baik pada siapapun yang tinggal di panti itu semuannya sudah dianggap seperti saudarannya sendiri. Interaksi Ny. M ke orang lain nyambung, dan biasa berinteraksi pada siapa pun tidak memilih milih temannya semua nya dianggap sama.

2. Identifikasi masalah emosional

   Ny. M tidak mudah emosi, walaupun di pancing temennya tidak mudah marah, malah murah senyum dan murah hati.

Pertanyaan tahap 1

- Apakah mengalami klien mengalami kesulitan tidur ? (Ya)
- (klien mengalami kesulitan tidur karena dengan tekanan darahnnya naik 140/80mmHg)
- Apakah klien sering mengalami kesulitan tidur ? (Ya)
  (kadang-kadang, Ny. m sulit tidur apabila Vertigo kambuh
- Apakah klien sering mengalami gelisah ? (Ya)
  Apabila Vertigo tiba-tiba nyerang
- Apakah klien murung dan menangis sendiri ? (Ya)
  Ketika pasien mengalami Nyeri pada kepala
- Apakah klien sering was – was dan kuatir ? (Ya)
  Ketika Vertigo tiba-tiba menyarang
- Lanjutkan ke pertanyaan – pertanyaan tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan 1 jawaban “ya”

Pertanyaan tahap 2

- Keluhan lebih dari tiga bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ? (Ya)
- Ada atau banyak pikiran ? (Tidak)
- Ada gangguan / masalah dengan keluarga lain ? (Tidak)
- Menggunakan obat tidur / penenang atas anjuran dokter ? (Ya)
- Cenderung mengurung diri ? (Tidak)
- Bila lebih dari atau sama 1 jawaban “ya”.

Masalah emosional positif (+)

1. Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep / keyakinan klien tentang kematian, harapan – harapan klien, dll.

Jawab : Ny. M mengatakan agamannya islam, dan Ny. M sering berdoa dan beriktiar agar sembuh, dan juga sholat 5 waktu sholat nya jama'ah di mushola.

2. Pengkajian Fungsional Klien
   a. Indeks KATZ

   Termasuk kategori manakah klien ?

   Ny. M mandiri dalam makan (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi

   PENGKAJIANSTATUSFUNGSIONAL

   (IndeksKemandirianKatz)

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	**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	√	

2	**Berpakaia nMandiri :** Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian,melepaskan pakaian,mengancingi/mengikat pakaian. **Tergantung :** Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanyasebagian	√	
3	**Ke Kamar KecilMandiri :** Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri **Tergantung :** Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4	**Berpinda hMandir i:** Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk	√	

	duduk,bangkit dari kursi sendiri **Bergantung:** Bantuan dalam naikatau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan		

5	**Kontine** **nMandi** **ri:** BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri **Tergantung :** Inkontinensi aparsial atau total;penggunaan kateter,pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6	**Makan** **Mandir** **i:** Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri **Bergantung:** Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, danmakanparenteral (NGT)	√	

Tabel 3.2 Pengkajian Fungsional klien

Kesimpulan : dari hasil Indekz diatas Ny.M Nilai Kemandiriannya adalah A
Keterangan:

Beritanda(v)padapoint yang sesuaikondisiklien

AnalisisHasil:

NilaiA :Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB),berpindah, ke kama rkecil,mandi danberpakaian.

NilaiB :Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut

NilaiC :Kemandirian dalam semua hal,kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

NilaiD :Kemandirian dalam semua hal,kecuali mandi,berpakaian,dan satu fungsi tambahan

NilaiE :Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi,berpakaian,ke kamar kecil,dan satu fungsi tambahan.

NilaiF :Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi,berpakaian,kekamarkecil,berpindah dan satu fungsi tambahan

NilaiG :Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

5. Pengkajian Status Mental

1. Identifikasi tingkat intelektual dengan Short Portable mental status Questioner (SPSMQ).
   Intruksi :

   Anjurkan pertanyaan 1 – 10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

   Catat jumlah kesalahan total berdasarkan total kesalahan berdasarkan 10 pertanyaan.

Pertanyaan	Benar	Salah
Tanggal berapa hari ini ?	1	0
Hari apa sekarang ?	1	0
Apa nama tempat ini	1	0
Dimana alamat anda ?	1	0
Berapa umur anda ?	1	0
Kapan anda lahir ? (minimal tahun lahir)	0	1
Siapa presiden Indonesia sekarang ?	0	0
Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	0	1
Siapa nama ibu anda ?	0	0
Kurangi 2 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
JUMLAH	5	2

Tabel 3.3 Pengkajian Status Mental

Interpretasi hasil :

Salah 0 – 3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4 – 5 : kerusakan intelektual ringan

Salah 6 – 8 : kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10 : kerusakan intelektual berat

Dari data kesimpulan di atas bahwa Ny.M masuk ke interpretasi kerusakan intelektual utuh.

6. **Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Minimal mental Status Exam)**

Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar - Tahun 2021 - Musim Kemarau - Tanggal 29 - Hari Kamis - Bulan April
Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang - Negara Indonesia - Propinsi Jawa tengah - Kota Pemalang - Panti Wreda Bisma - Wisma Upakara pemalang
Registrasi	3	3	Sebutkan 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing – masing objek. Kemudian tanyakan pada klien ketiga objek tadi (untuk disebutkan). Foto, TV, Kursi
Perhatian dan Kalkulasi	5	3	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali. - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga objek tadi pada nomer 2 (registrasi) tadi, bila bener 1 point untuk masing – masing objek. Foto, TV. Kursi
Bahasa	9		Tunjukan pada klien suatu

		2	benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan atau pensil) Minta kepada klien untuk mengulang kata berikut " tidak ada jika, dan, atau, tetapi". Bila benar, nilai 1 point. Pernyataan benar 2 buah; tidak ada tetapi. Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langakah : " Ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh dilantai". - Ambil kertas - Lipat dua - Taruh di lantai - Perintah kepada klien Perintahkan kepada klien untuk hal berikut (bila aktivitas seusai perintah nilai 1 point) - Tutup mata anda Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar

Tabel 3.4Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Minimal mental Status Exam)

Interpretasi hasi :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18 – 22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringan

>17 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

Kesimpulan: Dari data di atas disimpulkan bahwa Ny. M termasuk interpretasi kerusakan aspek fungsi mental ringan.

B. Analisa Data

Nama Klien : Ny.M

Nama Mahasiswa : Vamela Venna Melinda

Alamat : Solo

No	Data	Masalah Keperawatan	Penyebab
1	DS: - Ny.M mengatakan Nyeri pada bagian kepala kanan - Ny.M mengatakan mengeluh nyeri dan pusing bila klien banyak bergerak dan dirasakan berkurang bila klien beristirahat - Ny.M mengatakan bila vertigo menyerang pada daerah kepala kanan pusing yang dirasakan seperti berputas dengan skala nyeri 6 - Ny.M mengatakan vertigo menyerang bila melakukan suatu gerakan yang mendadak dan di sat pasien kelelahan DO: - TD: 100/80 mmH - N: 90x/menit - RR: 20x/menit	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis
2	- Ny.M terlihat memegang kepala - P: Ny.M mengeluh pusing saat berubah posisi, saat mengangkat kepala - Q: Pusing dirasakan seperti berputar	Gangguan pola tidur	Fisiologi

	- R: di daerah Kepala - S: 6 - T: Hilang timbul DS: - Ny.M mengatakan susah tidur sedah hampir 2-3 hari - Ny.M mengatakan kepalanya terasa berputar-putar - Ny.M mengatakan kalau siang tidur hanya 1 jam malam hanya 3 jam dan mudah terbangun karena nyeri, perasaan setelah bangun masih mengantuk DO: - Ny.M terlihat Matanya sayuh - Mata terlihat berkantung - Ny.M Nampak lemas - Ny.M terlihat memegang kepalanya - Ny.M tampak mengantuk		

Tabel 3.5 Analisa Data

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan menyatakan nyeri di kepala
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Fisiologi (Seperti berputar-putar)

D. Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Ny.M

Nama mahasiswa : Vamela Venna Melinda

Alamat : Solo

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan	Implementasi
Nyeri (Akut/kronis) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan menyatakan nyeri di kepala	Setelah dilakukan pertemuan 3x pertemuan Nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil: pasien tampak tenang dan rileks	- Pantau tanda-tanda vital, intensitas/skala nyeri - Anjurkan klien istirahat di tempat tidur - Atur posisi pasien senyaman mungkin - Ajarkan teknik relaksasi dan nafas dalam - Berikan massage untuk menurunkan nyeri - Kolaborasi untuk pemberian analgetik	- Memantau tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg N: 80x/menit RR 20x/menit Skala Nyeri : 6 - Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur - Mengatur posisi pasien senyaman mungkin - Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan napas dalam - Memberikan massage - Kolaborasikan pemberian analgetik
Gangguan pola tidur berhubungan dengan Fisiologi (Pusing seperti berputar-putar)	Setelah dilakukan 3x pertemuan Perubahan pola tidur normal dengan kriteria hasil: jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam	- Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Anjurkan klien untuk tidur sebentar saat tidak pusing - Ciptakan lingkungan yang nyaman	- Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Menganjurkan klien untuk tidur sebentar saat tidak pusing - Menciptakan lingkungan yang nyaman

Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan

E. Implementasi dan Evaluasi

Tanggal / Waktu	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Kamis, 29 April 2021 Jam 09.00	Nyeri (Akut/kronis) berhubungan dengan agen pencedera Fisiologis di tandai dengan menyatakan nyeri pada kepala	- Memantau tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg N: 80x/menit RR 20x/menit Skala Nyeri : 6 pada bagian kepala kanan	S : Ny.M mengatakan pusing di kepala masih terasa nyeri O : Pasien tampak gelisah Skala: 6 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna
Jam 11.00		- Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur - Mengatur posisi pasien senyaman mungkin	S : Ny.M mengatakan posisi yang sekarang lebih nyaman O : Pasien tampak rileks A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan Intervensi	
Jam 13.00		- Mengajarkan pasien teknik relaksasi dan napas dalam - Melakukan massage untuk menurunkan nyeri di kepala	S : Ny.M mengatakan nyeri kepala sudah berkurang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, istirahat yang cukup dan	

			posisi yang nyaman O : Pasien tampak rileks Skala: 5 A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan Intervensi	
Jumat, 30 April 2021 Jam 09.00	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Fisiologi (pusing seperti berputar-putar)	- Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat	S : Ny.M mengatakan mengerti pentingnya tidur yang adekuat setelah dimotivasi oleh mbak mahasiswa O : Pasien tampak tenang dan rileks A: Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna
Jam 11.00		- Menganjurkan klien untuk tidur sebentar saat tidak pusing	S : Ny.M mengatakan sudah dapat tidur meskipun 5-6 jam O : Pasien tampak tidak mengantuk lagi, tidak ada kantung mata TD: 120/70 mmHg A: Masalah gangguan tidur teratasi P :Pertahankan Intervensi Intervensi • Fasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur • Ciptakan lingkungan yang nyaman	Venna

Jam 13.00		- Menciptakan lingkungan yang nyaman	S : Ny.M mengatakan tempat tidurnya sudah lebih nyaman O : Pasien tampak rileks dan nyaman A: Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna
Sabtu, 1 Mei 2021 Jam 09.00		- Memantau tanda-tanda vital TD: 120/70 mmHg N: 80x/menit RR 20x/menit Skala Nyeri : 4 pada bagian kepala kanan	S : Ny.M mengatakan pusing dikepala masih nyeri O : Pasien sedikit rileks Skala: 5 A : Masalah sebagian teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna
Jam 11.00	Nyeri (Akut/kronis) berhubungan dengan agen pencedera Fisiologis di tandai dengan menyatakan nyeri pada kepala	- Menganjurkan pasien istirahat di tempat tidur - Mengatur posisi pasien senyaman mungkin dan sudah bisa tidur	S : Ny.M mengatakan posisi yang sekarang lebih nyaman O : Pasien tampak rileks dan sudah bisa tidur A : Masalah gangguan tidur teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna

Jam 13.00		- Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam kembali - Melakukan massage kembali setiap 40-60 menit untuk menurunkan nyeri di kepala	S : Ny.M mengatakan nyeri kepala sudah berkurang setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam, dilakukan massage , istirahat yang cukup dan posisi yang nyaman O : Pasien tampak rileks Skala: 3 A : Masalah nyeri teratasi P : Lanjutkan Intervensi	Venna

Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan