

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan di uraikan hasil penelitian tentang Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Hipertensi di wilayah kerja Puskesmas Nggoa. Adapun hasil penelitian sebagai berikut:

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas Nggoa merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang terletak di Provinsi Nusa Tenggara Timur, Kabupaten Sumba Timur, Kecamatan Nggaha Ori Angu Puskesmas Nggoa Timur dengan jumlah penduduk 10.408 jiwa pada tahun 2023. Desa Tana Tuku terdiri dari 5 dusun 13 RW dan 25 RT. Desa Tana Tuku memiliki batas-batas wilayah yaitu sebelah utara Desa Peraikarang, Desa Makamenggit, sebelah timur Desa Peraihamboli sebelah selatan Desa Pulupanjang.

Program Desa Tana Tuku yaitu meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia, meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat, meningkatkan mutu dan ketersediaan fisik sarana dan prasarana, dan meningkatkan kelestarian lingkungan.

4.2 Hasil Studi Kasus

1. Data Umum Subyek

Data umum dalam studi kasus ini terdiri dari data umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan pasien di Desa Tana Tuku, akan dijelaskan sebagai berikut:

Distribusi subyek berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1 Distribusi karakteristik pasien

Karakteristik	pasien
Umur	59 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Pendidikan	SD
Pekerjaan	Petani

Sumber: Data Primer, 2024

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa pasien yang diteliti menurut umur 59 tahun, Jenis kelamin perempuan, Pendidikan SD, pekerjaan petani.

2. Data Khusus Subjek

Data khusus subyek dalam studi kasus ini adalah terdiri dari data subyek berdasarkan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan nyeri akut di Desa Tana Tuku di jelaskan sebagai berikut:

a. Pengkajian

1) Identitas Klien

Tabel 4.2 Identitas klien

Identitas Klien	
Nama	Ny. Y
Umur	59 tahun
Alamat	Tana Tuku
Pendidikan	SD
Riwayat pekerjaan	Petani
penanggung jawab lansia	Suami

2) Status Kesehatan Saat Ini

Tabel 4.3 Status kesehatan saat ini

Status Kesehatan	Hasil Pengkajian
Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri pada punggung
Status kesehatan umum	Pasien mengatakan sekarang sedang mengalami hipertensi
Status kesehatan umum satu tahun yang lalu	Hipertensi
Status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu	Sejak 5 tahun yang lalu status kesehatan baik
Pengetahuan atau pemahaman tentang penatalaksanaan masalah kesehatan	pasien mengatasi masalah penyakit dengan mandiri yaitu minum obat jika sakit
Derajat keseluruhan fungsi relatif terhadap masalah kesehatan dan diagnosa medis	Hipertensi
Obat-obatan	Amlodipine 10 mg
Kapan/bagaimana menggunakannya	Amlodipin 1x1 malam

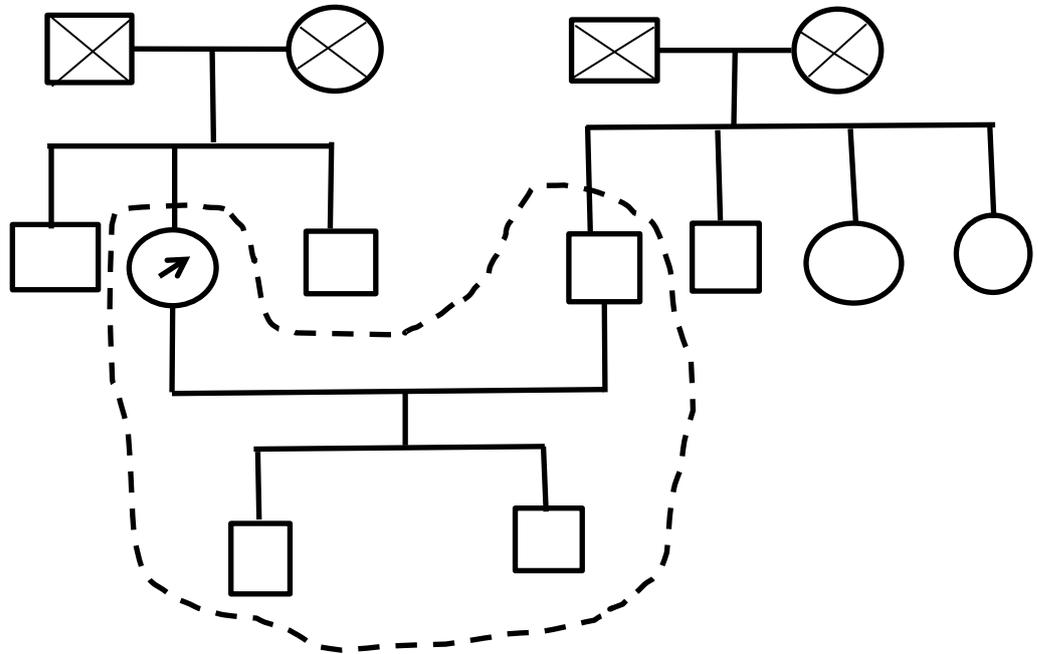
3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tabel 4.2 Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu	Hasil pengkajian
Penyakit masa anak-anak	Demam, batuk dan sakit perut
Penyakit serius/ kronik	Hipertensi
Trauma	Tidak ada
Perawatan dirumah sakit	Pernah dirawat dipuskesmas lawonda tanggal 6 april 2024 karena demam dan batuk
Operasi	Tahun 2010 operasi steril

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Ket:

□ : laki-laki

○ : perempuan

— : hubungan pernikahan

..... : tinggal serumah

⊗ : Meninggal Perempuan

⊠ : Meninggal Laki-laki

⊙↗ : Pasien Perempuan

⊠↗ : Pasien Laki-laki

Gambar 4.1 Genogram Pasien

5) Riwayat Lingkungan Hidup

Tabel 4.3 Riwayat kllingkungan hidup

Riwayat lingkungan hidup	Hasil
Tipe tempat tinggal	Rumah 4 air
Jumlah kamr	Tiga
Jumlah orang yang tinggal dirumah	6 orang
Derajat privasi	Baik
Alamat/telfon	Pungtera
Riwayat rekreasi	
Hobby/minat	Berkebun
Keanggotaan organisasi	Tidak ada
Liburan	Tidak pernah berlibur
Sumber/sistem pendukung	
Dokter	Ada
Rumah sakit	Ada
Pelayanan kesehatan dirumah	Ada
Pola nutrisi metabolik	
Diet kusus, pembatasan makanan	Makanan yang asin
Riwayat peningkatan/ penurunan berat badan	Pasien mengatakan berat badan tidak naik 52 kg
Pola konsumsi makanan	Tiga kali/hari porsi sedang
Masalah yang mempengaruhi proses masukan makanan	Tidak ada
Minum	5x/hari
Status nutrisi	
Pola eliminasi	
BAB	2x/hari warna kuning, tidak ada keluhan
BAK	4x/hari
Pola israhat- tidur	
Kebutuhan aktivitas latihan	

6) Tinjauan Sistem

Tabel 4.4 Tinjauan sistem

Tinjauan system	Hasil
Keadaan umum	Kesadaran composmentis Tampak lemah.
Integumen	Kulit kering
Sistem hemopoitik	Tidak dikaji
Kepala	Kepala bulat, rambut beruban,nyeri pada kepala
Mata	Pasien tidak menggunakan kacamata, konjuntiva pucat
Telinga	Tidak ada perubahan pendengaran, telinga tampak bersih

Mulut dan tenggorokan	Tidak ada lesi,tidak ada kesulitan menelan,tidak menggunakan gigi palsu
Hidung	Hidung pasien tampak bersih
Leher	Tidak ada benjolan pada leher, tidak ada nyeri tekan
Payudara	Tidak ada benjolan, dan nyeri tekan
Sistem pernapasan	Tidak sesak napas
Sistem kardiovaskuler	Tidak dikaji
Sistem gastrointestinal	Tidak ada nyeri pada ulu hati,tidak mual muntah
Musculoskeletal	Tidak ada pembengkakan sendi,tidak ada kelemahan otot
Sistem saraf pusat	Tidak dikaji
Sistem endokrin	Tidak dikaji

7) Pengkajian Fungsional Klien (Katz Indeks)

Tabel 4.5 Pengkajian Fungsional Klien

Skor	Interpretasi
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut.
C	Kemandirian dalam semua aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
E	Kemandirian dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E atau F.

Keterangan:

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia anggap mampu.

8) Modifikasi Dari Barthel Indeks

Tabel 4.6 Modifikasi dari barthel indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	mandiri	Keterangan
1	Makan	5	✓ 10	Frekuensi Jumlah Jenis
2	Minum	5	✓ 10	Frekuensi Jumlah Jenis
	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur sebaliknya	5-10	✓ 15	Frekuensi
4	Personal toilet	0	✓ 5	Frekuensi
5	Keluar masuk toilet	5	✓ 10	Frekuensi
6	Mandi	5	✓ 15	Frekuensi
7	Jalan dipermukaan datar	0	✓ 5	Frekuensi
8	Naik turun tangga	5	✓ 10	Frekuensi
9	Mengenakan pakaian	5	✓ 10	Frekuensi
10	Kontrol BAB	5	✓ 10	Frekuensi
11	Kontrol BAK		✓	Frekuensi Warna
12	Olahraga atau latihan	5	✓ 10	Frekuensi Jenis
1	Rekreasi atau pemantapan waktu luang	5	✓ 10	Frekuensi Jenis

9) Mini- Mental State Exam (Mmse)

Tabel 4.7 Mini mental state exam

No	Aspek kognitif	Nilai Maksimal	Nilai klien	Kriteria
1	orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar -tahun -musim -tanggal -hari -bulan
2	Orientasi registrasi	5 tiga	4 3	Dimana sekarang kita berada? Negara: Propinsi: Kabupaten: Sebutkan nama objek (kursi, meja, kertas) kemudian ditanyakan kepada klien menjawab

				1. kursi 2. meja 3. kertas
	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurang 7 sampai 5 tingkat. Jawaban: 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
4	mengingat	3	3	Minta klien untuk menyebutkan objek pada nomor 2 1.kursi 2. meja 3. kertas
5	bahasa	9	7	Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) (point 2) 1.jendela 2.jam dinding Minta klien untuk mengulang kata berikut (point 3): (tidak ada jika, dan, atau tetapi) Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh dilantai. (point 3) 1.ambil bolpoin 2. ambil kertas 3. Perintahkan pada klien untuk hal berikut ” Tutup mata anda” (bila aktifitas sesuai nilai 1 point)
T o t al		30	26	

Analisis hasil

Nilai 24- tiga puluh: normal

Nilai 17 – 2 tiga: probbale gangguan kognitif

Nilai 0-16: difinitif ganggu

10) Pengkajian Status Mental Gerontik

Tabel 4.8 Pengkajian Status mental gerontik

Hasil			
Benar	Salah	No	Pertanyaan
✓		1	Tanggal berapa hari ini
✓		2	Hari apa sekarng
✓			Apa nama tempat ini
	✓	4	Dimana alamat anda
✓		5	Berapa umur anda
✓		6	Kapan anda lahir? Minimal tahun lahir
	✓	7	Siapa presiden indonesia sekarng
	✓	8	Siapa presiden indonesia sebelumnya
✓		9	Siapa nama ibu anda
✓		10	Kurangi tiga dari 20 dan tetap pengurangan dari setiap angka baru semua secara menurun
Jumlah:	Jumlah:		
7			

Interpretasi hasil:

- Salah 0-tiga : fungsi inteluktual utuh
- Salah 4-5 :kerusakan intelektual ringan
- Salah 6-8 :kerusakan intelektual sedang
- Salah 9-10 : kerusakan intelektual berat

11) inventaris Depresi Back (Idb)

Tabel 4.9 inventaris depresi back

A. Kesedihan	
Skor	Uraian
2	Saya galau / sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya.
1	Saya merasa sedih atau galau.
0	Saya tidak merasa sedih.
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.
1	. Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.

0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.
C. Kegagalan	
3	Saya merasa benar-benar gagal sebagai sebagai orang tua (suami/istri).
2	Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.
1	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal.
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.
0	Saya tidak merasa tidak puas.
E. Rasa bersalah	
3	Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.
2	Saya merasa sangat bersalah.
1	Saya merasa buruk / tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah.
F. Tidak menyukai diri sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri.
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri.
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri.
G. Membahayakan diri sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan.
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri.
1	Saya merasa lebih baik mati.
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri
H. Menarik diri dari sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.
2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka.
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain
I. Keragu-raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan.
1	Saya berusaha mengambil keputusan.
0	0 Saya membuat keputusan yang baik.
J. Perubahan gambaran diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan. 1 Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik.
2	Saya merasa bahwa aada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tak menarik.
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.
K. Kesulitan kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu.
1	Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.

0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.
1	Saya merasa lelah dari yang biasanya.
0	Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya.
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai napsu makan sama sekali 0 Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya
2	Napsu makan saya sangat memburuk sekarang.
1	Napsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.
0	Napsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya
Analisis Hasil	
0-6	Depresi tidak ada atau minimal 8 – 15 Depresi sedang, 16 + Depresi berat.
7-13	Depresi ringan
14-21	Depresi sedang.
22-39	Depresi berat.

12) Skala Norton (untuk menilai potensi dekubitus)

Tabel 4.10 Skala Norton

Aspek Yang Dikaji	Skor
Kondisi fisik umum	
Baik	4
Lumayan	3
Buruk	2
Sangat buruk	1
Kesadaran	
Composmentis	4
Apatis	3
Sopor	2
Koma	1
Aktivitas	
ambulan	4
ambulan dengan bantuan	3
hanya bisa duduk	2
tiduran	1
Mobilitas	
bergerak bebas	4
sedikit terbatas	3
sangat terbatas	2
tidak bisa bergerak	1
Inkontinensia	
tidak	4

kadang-kadang	3
sering inkontinensia urin	2
inkontinensia urin dan alvi	1
Score	23

13) Status Fungsional Sosial

Tabel 4.11 APGAR Keluarga

PASIEN			
No	Uraian	Fungsi	Skor
1	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	Adaptation/ Adaptasi	
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	Hubungan	
	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	pertumbuhan	
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	afek	
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan menyediakan waktu bersama-sama	Menyelesaikan/ memutuskan	
Analisis hasil			
Selalu = 2			
Kadang-kadang = 1			
Hampir tidak pernah = 0			

Klasifikasi Data

Karakteristik	Pasien
DS	Klien mengatakan nyeri pada punggung selama 4 hari Klien mengatakan susah tidur pada malam hari
DO	Klien tampak meringis, gelisah klien tampak pucat, lemas, tampak menguap dipagi hari TD : 180/100 Nadi: 114 Suhu : tiga 7,5 ⁰ C RR :22x/menit P :Nyeri dirasakan ketika banyak aktivitas Q: seperti tertusuk-tusuk R:nyeri pada kepala S: 4 T: hilang timbul

Analisa Data

Data	masalah	Etiologi
DS: klien mengatakan nyeri pada kepala serta tegang pada tengkuk, nyeri dirasakan sudah 4 hari	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
DO: hjuhyKlien tampak meringis, gelisah TD: 180/100 Nadi: 98 Suhu: 37,5 ⁰ C RR :22x/menit P: Nyeri dirasakan ketika banyak aktivitas Q: seperti tertusuk- tusuk R: nyeri pada kepala hingga tengkuk S:4 T: hilang timbul		
DS: Klien mengatakan susah tidur pada malam hari	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan
DO:		

klien tampak pucat, lemas,
tampak menguap dipagi
hari
TD: 180/100
Nadi: 98
Suhu: 37,5⁰C
RR: 22x/menit

Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan

Kasus 1
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Intervensi Keperawatan

Tabel 4.13 Intervensi keperawatan

Dx.Kep	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. gelisah menurun 4. kesulitan tidur menurun	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Tarapeutik: 1. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik Relaksasi Teknik Relaksasi Masase Punggung) Edukasi: 1. anjurkan memonitor nyeri	Observasi: 1. Untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri 2. untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien terjadinya komplikasi. Tarapeutik 1. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien 2. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dan memberikan kenyamanan

secara mandiri		
Gangguan pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. kesulitan sulit tidur menurun 2. keluhan tidak puas tidur menurun 3. keluhan pola tidur berubah menurun 4. keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur Observasi: 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi factor pengganggu tidur Tarapeutik: 1. tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi: 1. anjurkan pentingnya tidur cukup selama sakit.

Implementasi Keperawatan

Tabel 4.14 Implemetasi keperawatan

No dx	Tgl/ jam	Implementasi respon
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	05-06-2024 08:05 08:15	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, skala nyeri Respon : klien mengatakan nyeri di bagian kepala hingga tengkuk, dirasakan seperti tertusuk-tusuk hilang timbul skala 4 2. Mengukur tanda-tanda vital Respon: TD :170/90 S: Tiga 6 ^o C N: 99x/menit RR : 22x/menit 3. Memberikan teknik nonfarmakologi dan

		mengajarkan keluarga Teknik Relaksasi Masase Punggung
	08:35	Respon : pasien merasa lebih rileks
	07-06-2024	1. mengidentifikasi skala nyeri Respon : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang (skala 3)
	08:30	2. mengukur tanda-tanda vital TD : 160/80 S: tiga 6,5 ⁰ C RR : 20x/ menit
	08:40	N : 90
	09:00	3. Menganjurkan keluarga melakukan teknik non farmakologi (Teknik Relaksasi Masase Punggung) Respon : pasien lebih rileks
	09-06-2024	1. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang (skala 1)
	09:10	2. Menganjurkan keluarga melakukan teknik non farmakologi (Teknik Relaksasi Masase Punggung) Respon : pasien mengatakan perasaan lebih tenang
	09:15	
Gangguan pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	04-06-2024	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon: pasien mengatakan susah tidur
	08:23	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Respon : selalu terbangun karena nyeri
	08:25	3. Menetapkan jadwal tidur yang rutin Respon :pasien mengatakan tidak ada jadwal tidur
	08:30	4. Menganjurkan tidur cukup selama sakit Respon :pasien mengerti dengan penjelasan mahasiswa
	06-06-2024	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Respon: pasien mengtakan susah tidur berkurang
	09:00	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Respon : nyeri kepala
	09:10	3. Menetapkan jadwal tidur yang rutin Respon : akan mengikuti jadwal yang ada
	09:15	4. Menganjurkan tidur cukup selama sakit Respon : mengerti dengan penjelasan

09:22

08-06-
2024

1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur

09:30

Respon: pasien mengatakan kesulitan tidur menurun

2. Menetapkan jadwal tidur yang rutin

Respon : akan mengikuti jadwal yang ada

09:32

3. Menganjurkan tidur cukup selama sakit

Respon : tampak mengerti

Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.15 Evaluasi Keperawatan

No dx	Tgl/jam	Evaluasi (SOAP)
1	05-06-2024	S : Pasien mengatakan masih nyeri punggung
	09:35	O : Klien tampak meringis TD : 180/90 S : 35 ⁰ C N : 85 RR : 20x/ menit
		A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4. Identifikasi skala nyeri 5. Memberikan teknik non farmakologi
	07-06-2024	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang
	10:00	O : Klien tampak meringis TD : 170/60 S : 37 ⁰ C N : 90 RR : 20x/ menit
		A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 6. Identifikasi skala nyeri 7. Memberikan teknik non farmakologi
	09-06-2024	S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri
	10:00	O : Klien tampak meringis TD : 150/70 S : 37 ⁰ C N : 90 RR : 20x/ menit
		A : Masalah nyeri akut teratasi P : intervensi dihentikan
2	05-06-2024	S : pasien mengatakan sulit tidur
	10:00	O : tampak mata panda

	A : gangguan pola tidur belum teratasi
	P : lanjutkan intervensi
	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur
	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur
	3. Menetapkan jadwal tidur yang rutin
	4. Mengajukan tidur cukup selama sakit
<hr/>	
07-06-2024	S: Pasien mengatakan sulit tidur berkurang
09:50	O : pasien tampak lebih rileks
	A : gangguan pola tidur teratasi sebagian
	P : lanjutkan intervensi
	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur
	2. Menetapkan jadwal tidur yang rutin
	3. Mengajukan tidur cukup selama sakit
<hr/>	
09-06-2024	S : pasien mengatakan sudah bisa tidur
10:00	O : Pasien tampak lebih segar
	A : Gangguan pola tidur teratasi
	P : Intervensi dihentikan
<hr/>	

4.3 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien dengan kasus Hipertensi yang telah dilakukan sejak tanggal 02 Juni - 31 Juni 2024 di Puskesmas Nggaha Ori Angu yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama tiga hari.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah suatu tahap awal dan yang paling mendasar dalam proses keperawatan. Pengkajian juga merupakan penentu tahap berikutnya dalam mengidentifikasi suatu masalah keperawatan (Ivetal, 2014). Sesuai dengan teori gejala yang lazim menyertai hipertensi yaitu nyeri kepala dan kelelahan, ini merupakan gejala yang paling banyak mengenai pasien hipertensi. Beberapa keluhan yang dirasakan penderita hipertensi yaitu : mengeluh sakit kepala, pusing, lemas, kelelahan, sesak nafas, gelisah, mual, muntah, kesadaran menurun, dan gangguan pola tidur.

Berdasarkan penelitian terdahulu (Any,2022) hasil pengkajian yang didapatkan pada pasien yang ditelitinya terdapat penyakit penyerta yaitu IMA, dengan keluhan utama nyeri kepala dan punggung serta gangguan rasa nyaman. Sedangkan dari hasil pengkajian yang didapatkan dari pasien yang diteliti oleh peneliti tidak terdapat penyakit penyerta. Pasien yang diteliti mengalami nyeri pada area punggung, dengan skala nyeri 4, pasien mengatakan sulit tidur dari hasil pengkajian keluhan pasien telah merasakan nyeri selama 4 hari yang lalu dan saat dilakukan pengukuran tekanan darah, tekanan darah pasien mengalami peningkatan atau di atas nilai normal (180/100 mmHg).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Widiyanto, 2021) gejala yang di dapatkan pada saat pengkajian yaitu pasien merasa nyeri punggung, sakit kepala, dan gangguan tidur. Menurut asumsi peneliti hasil studi kasus ini di bandingkan dengan penelitian sebelumnya terdapat kesamaan pada tanda dan gejala yang dialami oleh pasien yang diteliti yaitu nyeri akut dan gangguan pola tidur.

4.2.2 Diagnosa

Pada penderita hipertensi Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan terdiri dari Diagnosa actual adalah 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis 2) gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (SDKI PPNI, 2017). Hasil studi kasus terdahulu menurut (Ngurah, 2020) pada kasus yang dirawatnya, berdasarkan hasil ada 2 Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan, yaitu: 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. 2) gangguan rasa nyaman.

Hasil studi kasus yang dilakukan penulis, pada pasien sebanyak 2 Diagnosa keperawatan yang ditemukan, yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis 2) gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Hasil studi kasus ini, dibandingkan dengan teori dan studi kasus terdahulu, ternyata tidak ada perbedaan hasil penegakkan diagnosa, hanya perbedaan yang dimana Diagnosa yang seharusnya pada hipertensi sebanyak tiga Diagnosa, namun pada studi kasus terdahulu dan saat ini hanya ada 2 Diagnosa.

Menurut asumsi peneliti diagnose yang diangkat sesuai dengan gejala yang timbul pada penderita Hipertensi.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi adalah strategi untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini

mulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

Peneliti menerapkan intervensi pasien tersebut. Dimana intervensi yang diterapkan adalah: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, 2) identifikasi skala nyeri, 3) identifikasi Identifikasi pola aktivitas dan tidur, 5) identifikasi factor pengganggu tidur, 6) berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi masase punggung), 7) tetapkan jadwal tidur rutin, 8) anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, 9) anjurkan pentingnya tidur cukup selama sakit, 10) kalaborasi pemberian analgetik, (pasien mengatakan mendapatkan obat anti hipertensi dari tenaga Kesehatan Puskesmas. Menurut penelitian (Saputri et al., 2022), intervensi yang dilakukan untuk mengurasi skala nyeri baik observasi, tarapeutik, edukasi dan kalaborasi sama dengan intervensi yang dilakukan oleh peneliti

4.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2011). Peneliti menerapkan implementasi pada pasien tersebut dengan waktu tiga hari. Dimana implementasi pada pasien yaitu teknik relaksasi masase punggung, teknik relaksasi masase punggung bertujuan melancarkan sirkulasi darah, menurunkan respon nyeri punggung, menurunkan ketegangan oto. Sehingga tindakan ini diharapkan mampu mengatasi masalah nyeri akut. Dan dari hasil pengimplementasian pada hari pertama berjalan dengan baik respon pasien mengikuti dengan baik. Pada hari ke dua implementasi yang sama dilakukan pada pasien berjalan dengan baik responnya pasien terlihat lebih rileks, pada hari ketiga pasien dengan implementasi Teknik Relaksasi Masase Punggung berjalan dengan baik respon pasien tampak lebih semangat. Menurut peneliti tindakan relaksasi masase punggung efektif dilakukan pada pasien hipertensi dengan masalah nyeri akut.

4.2.5 Evaluasi

Adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya tujuan dari evaluasi untuk mengakhiri, memodifikasi dan meneruskan rencana tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien dengan terlebih dahulu menganalisis masalah kesehatan klien apakah tidak teratasi, teratasi sebagian atau masalah tertasi dengan membandingkan anatara tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ramadhan, 2021). Dari hasil implementasi yang telah dilakukan pada pasien didapatkan hasil bahwa masalah teratasi pada hari ke tiga.

