

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL STUDI KASUS**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Lokasi penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende yaitu Rumah Sakit Pemerintah bertipe C yang berada di jalan Prof. W. Z. Yohanes.

Studi kasus ini dilakukan di ruang penyakit dalam yang merupakan ruang rawat inap yang melakukan perawatan pada pasien dengan penyakit tidak menular pada orang dewasa. Ruang penyakit dalam dibagi menjadi dua yaitu ruang penyakit dalam VIP I II dan ruang penyakit dalam III. Ruang penyakit dalam III terdiri dari tiga ruangan perawatan dengan 19 bed, diantaranya 7 bed pada kamar A, 7 bed pada kamar B dan 5 bed pada kamar C serta 1 ruang nurse station atau ruang perawat.

##### **2. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 Mei 2025 di Ruangan Penyakit Dalam III, ruang perawatan B bed 7 pada pasien berinisial Ny. T.H

###### **a. Pengumpulan Data**

###### **1) Wawancara**

###### **a) Biodata Pasien**

Pasien berinisial Ny. T.H, berumur 64 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama Kristen, yang bekerja sebagai ibu rumah

tangga, yang beralamatkan di jalan Marilonga, pasien masuk rumah sakit dengan diagnosa medis Hipertensi.

b) Biodata Penanggung Jawab

Penanggung jawab pasien berinisial Tn. M.G yang berusia 75 tahun, memiliki hubungan sebagai suami pasien dengan pekerjaan sebagai buruh kasar dan tinggal di jalan Marilonga.

2) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan utama

Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing serta penglihatan kabur.

b) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada hari Selasa 20 Mei 2025 pada pagi hari, pasien sakit kepala bagian belakang lalu pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, serta mual dan muntah.

c) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan mulai merasakan sakit kepala pada hari Selasa 20 Mei 2025 pada pukul 03.00 Wita ketika masih di rumah. Karena sakit kepala yang sudah tidak tertahankan ditambah dengan pusing serta penglihatan yang perlahan kabur dan menggelap maka pukul 05.00 Wita pasien diantar ke rumah sakit. Saat di rumah sakit, tepatnya di UGD pasien mendapatkan pengobatan seperti amlodhipine dan paracetamol. Setelah diberikan perawatan dan pengobatan, kondisi pasien perlahan membaik dan meminta untuk pulang namun pada pukul 17.00 Wita, keluhan pasien kembali

kambuh yaitu sakit kepala bagian belakang, penglihatan kabur dan menggelap serta mual muntah sehingga pasien kembali di antarkan ke rumah sakit pada pukul 21.30 Wita dan diberikan pengobatan di UGD seperti paracetamol dan ondansetron untuk mengatasi mual dan muntahnya hingga akhirnya di rawat di ruangan RPD III.

d) Upaya yang dilakukan Untuk Mengatasi

Pasien mengatakan hanya menggunakan minyak kayu putih yang dioleskan di kepala namun karena sakit yang dirasakan berlebihan, pasien akhirnya memilih untuk diantar ke rumah sakit pada tanggal 20 Mei 2025.

3) Status Kesehatan Masa Lalu

a) Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan pernah menderita Diabetes Melitus sejak 14 tahun yang lalu dan selalu mendapatkan pengobatan insulin melalui posyandu lansia yaitu 1 paket Glibenclamide 5mg yang diminum setiap hari.

b) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya

c) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, minuman, obat-obatan maupun cuaca.

d) Kebiasaan (minum)

Pasien mengatakan karena menderita diabetes mellitus, pasien minum kurang lebih 5-6 gelas/hari.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan juga penyakit lainnya.

5) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Didapat Sebelumnya

Diagnosa Medis sebelumnya yaitu Diabetes Melitus dan pasien mengatakan hanya pernah mendapatkan insulin dari posyandu lansia yaitu 1 paket Glibenclamide 5mg yang diminum setiap hari.

6) Pola Kebutuhan Dasar (data Bio-Psiko-Sosial-Spiritual)

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami. Pasien mengatakan jika nyeri pada kepala atau pusing, pasien akan memilih untuk pergi ke puskesmas atau klinik kedokteran untuk mendapatkan pengobatan.

b) Pola Nutrisi Metabolik

1) Sebelum sakit : pasien mengatakan makan tiga kali sehari dengan porsi makan dihabiskan, pasien mengatakan makan dengan menu seperti nasi merah, sayuran dan juga ikan. Pasien mengatakan kurang lebih minum 5-6 gelas/hari atau 1.200 cc.

Pasien mengatakan ketika masih muda hingga sekarang sering makan olahan ikan asin dan makanan bersantan.

- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan dikarenakan merasa mual muntah dan pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan dengan isi muntahan adalah makanan yang dimakan. Pasien mengatakan memakan bubur yang diberikan oleh rumah sakit dan minum kurang lebih 5-6 gelas/hari atau 1.200 cc.

c) Pola Eliminasi

- 1) Sebelum Sakit : pasien mengatakan BAB normal dengan konsistensi padat, pasien mengatakan BAB 3 kali sehari. Pasien juga mengatakan BAK lebih dari 4-5 kali sehari dan kencing berbusa.
- 2) Saat Sakit : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang. Pasien juga mengatakan BAK 3-4 kali sehari dan kencing berbusa.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

- 1) Sebelum Sakit : Pasien mengatakan melakukan seluruh aktivitas di rumah seperti membersihkan rumah, memasak namun karena usianya pasien mengatakan terkadang dibantu oleh anak dan cucunya. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat melakukan aktivitas.

2) Saat Sakit : Seluruh aktivitas tampak pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah. Pasien juga mengatakan selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar. Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing.

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan dampak penyakit terhadap dirinya membuatnya tidak bisa melakukan aktivitas yang sering dia lakukan dan hanya berbaring di bed saja. Pasien juga mengatakan ingin sembuh agar bisa kembali beraktivitas.

g) Pola Istirahat dan Tidur

1) Sebelum sakit : pasien mengatakan tidur nyenyak namun terkadang terbangun untuk BAK. Pasien mengatakan tidur dari jam 20.00 Wita dan bangun jam 05.00 atau 06.00 Wita.

2) Saat Sakit : pasien mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur jam 20.00 Wita dan bangun jam 05.00 Wita namun pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena sakit kepala. Pasien mengatakan

sering terbangun saat jam 01.00 Wita dan kembali tidur jam 03.00 Wita.

h) Pola Peran Hubungan

Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan anak cucunya. Pasien mengatakan bersosialisasi dan memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga dan tetangga di tempat tinggalnya serta tidak memiliki masalah keluarga.

i) Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien mengatakan sudah mengalami menopause sejak tahun 2021 pada umur 61 Tahun dan mengatakan tidak memiliki keluhan pada seksualitas dan reproduksi.

j) Pola Stress dan Koping

Pasien mengatakan tidak begitu cemas dengan keadaannya walaupun ini pertama kalinya dirinya mengalami hal seperti ini dan pasien juga mengatakan menceritakan masalah yang dialami pada suami dan anak-anaknya.

k) Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Sebelum Sakit : Pasien mengatakan beragama Kristen dan rajin ke gereja pada hari minggu pagi.

2) Saat Sakit : Pasien mengatakan hanya berdoa di bed saja karena tidak bisa pergi ke gereja

## 7) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Pasien tampak lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (E : 4 V : 5 M : 6)

b) Tanda-tanda vital : N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5<sup>0</sup>C,

SpO<sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit

c) Berat Badan : 32 Kg

Tinggi Badan : 155 Cm

IMT :  $BB/TB^2 = 32Kg/155Cm^2 = 32/1,55 \times 1,55 = 32/2,4025 = 13,31$

Kg (Underweight)

BBI :  $(TB - 100) - (TB - 100) \times 15\% = (155 - 100) - (155 - 100)$

$\times 15\% = 46,75$

d) Keadaan fisik (Inspeksi, palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Kepala, Mata, Telinga, Hidung, Mulut dan Leher

Inspeksi : Pada daerah kepala tampak normal tidak ada hematoma, rambut uban dan kulit kepala tampak bersih, mata tidak ada kuning dan sklera mata bersih, konjungtiva merah muda, hidung tidak pilek atau adanya sumbatan, bibir tampak pucat dan mulut tampak bersih, gigi lengkap dan tidak ada yang ompong, leher tidak tampak pembengkakan dan pasien tampak meringis

Palpasi : Tidak teraba nyeri tekan atau pembengkakan pada wajah dan kepala serta tidak teraba pembengkakan dan distensi vena jugularis pada leher

2) Dada

a) Paru-Paru

Inspeksi : Kedua dinding dada simetris, tidak tampak adanya penggunaan otot bantu napas

Palpasi : getaran fokal fremitus normal dan getaran yang dirasakan sama antara kiri dan kanan lapang paru

Perkusi : Bunyi perkusi sonor

Auskultasi : Bunyi napas kedua lapang paru vesikuler

b) Jantung

Pada jantung tidak teraba adanya palpitasi atau jantung berdebar-debar, saat diperkusi tidak ada pembesaran pada jantung dan bunyi jantung S1 dan S2 (Lub-Dub), tidak ada mur-mur dan gallop.

3) Abdomen

Inspeksi : tidak tampak adanya pembesaran ataupun pembengkakan pada perut

Auskultasi : bising usus 6x/menit

Palpasi : tidak teraba adanya pembengkakan pada perut dan tidak teraba adanya nyeri tekan

Perkusi : Bunyi perkusi tympani

4) Genitalia

Pada genitalia tidak terpasang kateter

5) Integumen

Inspeksi : kulit tampak keriput dan tidak ada kemerahan, tampak tidak adanya luka atau lesi

Palpasi : Kulit teraba dingin

6) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas :

Inspeksi : Terpadang infus Ringer Laktak 20tpm pada lengan kanan

Kekuatan Otot :

4		4
4		4

Saat melakukan pemeriksaan, ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan, ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan

Palpasi : CRT < 3 detik, akral dingin

b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak tampak adanya udem pada kedua kaki

Palpasi : tidak teraba adanya udem, saat menekan pada bagian esktremitas bawah pasien mengatakan tidak merasakan nyeri tekan.

## 8) Neurologis

### Keluhan Subjektif (Nyeri)

P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala

Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang

S : Skala nyeri 7 (nyeri berat)

T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

## 9) Pemeriksaan Penunjang

### a) Pemeriksaan Darah (20 Mei 2025)

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	WBC	36.1 – 11 [ $10^3/uL$ ]	7.9 [ $10^3/uL$ ]
2	RBC	3.6 – 5.3 [ $10^3/uL$ ]	3.8 [ $10^3/uL$ ]
3	HGB	11 – 15g/dl	9.10g/dl
4	HCT	30.2 – 42.3%	28.0% (-)
5	MCV	78.6 – 102.2 fL	73.11 fL
6	MCH	25.2 pg	23.8 pg
7	PLT	128 – 434 [ $10^3/uL$ ]	213 [ $10^3/uL$ ]
8	MCHC	31.3 – 35.4 g/dl	32.5 g/dl
9	RDW	10.6 – 15.7%	11.9 %

### b) Pemeriksaan Gula Darah (24 Mei 2025)

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Gula Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Glukosa Sewaktu	70 – 140 mg/dl	235 mg/dl

c) Pemeriksaan Lemak Darah (22 Mei 2025)

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Lemak Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Cholesterol Total	< 200 mg/dl	174 mg/dl
2	HDL - Cholesterol	> 45 mg/dl	51 mg/dl
3	LDL - Cholesterol	<130 mg/dl	104 mg/dl
4	Trigliserida	<150 mg/dl	94 mg/dl

d) Pemeriksaan Faal Ginjal (22 Mei 2025)

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Faal Hati

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Ureum	10 – 50 mg/dl	23.5 mg/dl
2	Creatinin	0.6 – 1.2 mg/dl	0.54 mg/dl

e) Pemeriksaan EKG

Pada pemeriksaan EKG yang dilakukan pada 20 Mei 2025 didapatkan hasil sinus rhythm (sinus normal) dengan HR 69x/menit.

10) Pengobatan atau Penatalaksanaan

Pengobatan yang diberikan oleh dokter kepada pasien diantaranya :

- a) Ondansetron 3×4 mg / IV (20 – 25 Mei 2025)
- b) Amlodiphine Basilate 1×10 mg/oral (20 – 25 Mei 2025)
- c) Candensentran 1×8 gr/oral (20 – 22 Mei 2025)
- d) Citicolin 2×500 mg/IV (22 – 24 Mei 2025)
- e) Manitol 20 tpm 100cc/6 jam (24 – 26 Mei 2025)
- f) Novarapid Insulin 3×4 unit/SC (22 – 26 Mei 2025)

b. Tabulasi data

Pasien mengeluh sakit kepala bagian belakang, pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, mual dan muntah, pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami, seluruh aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan, penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing, pasien tampak lemah, pasien tampak meringis, kesadaran composmentis, GCS 15 (E : 4 V : 5 M : 6), N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit, bibir tampak pucat, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan, ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan), pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan, BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan, GDS : 235 mg/dl, pasien mengatakan

belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang, bising usus 6x/menit

c. Klasifikasi Data

**DS** : Pasien mengeluh sakit kepala bagian belakang, pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, mual dan muntah, pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami, Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing, **P** : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, **Q** : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, **R** : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, **S** : Skala nyeri 7 (nyeri berat), **T** : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang

**DO** : pasien tampak lemah, pasien tampak meringis, kesadaran composmentis, seluruh aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat

diberikan tekanan, ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan), GCS 15 (E : 4 V : 5 M : 6), N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit, bibir nampak pucat, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali tiap kali makan, GDS : 235 mg/dl, bising usus 6x/menit

d. Analisa Data

Tabel 4.5 Analisa data

No	Syng/Symphtomp	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuj-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul DO : pasien tampak meringis, N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5 <sup>0</sup> C, SpO <sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
2	DS : Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah DO : pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan,	Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas

	ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan)		
3	DS: Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar. Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien mengatakan juga merasa pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap DO : -	Gangguan Penglihatan	Risiko Jatuh
4	DS : Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami DO : -	Kurang Terpapar Informasi	Defisit pengetahuan
5	DS : Pasien mengeluh mual dan muntah, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan DO : Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg	Ketidakmampuan Menelan Makanan	Defisit Nutrisi
6	DS : Pasien mengeluh lemas, dan pusing DO : Pasien tampak lemah, GDS : 235 mg/dl, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa
7	DS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang DO : bising usus 6x/menit	Ketidakcukupan diet	Konstipasi
8	DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul,	Hipertensi	Perfusi Serebral Tidak Efektif

pasien mengeluh mual dan  
muntah  
DO : TD : 150/100 mmHg,  
pasien tampak muntah  
sebanyak tiga kali.

---

### 3. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien mengeluh mual dan muntah

DO : TD : 150/100 mmHg, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali

- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuj-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

DO : Pasien tampak meringis, N : 75×/menit, TD : 150/100, mmHg. S : 36,5<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit

- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh mual dan muntah, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan

DO : Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg

- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah. Pasien juga mengatakan selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah

DO : pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

- e. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh lemas, dan pusing

DO : Pasien tampak lemah, GDS : 235 mg/dl, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

- f. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang

DO : bising usus 6x/menit

g. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan ditandai dengan

:

DS: Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar.

Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien mengatakan juga merasa pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap

DO : -

h. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi :

DS : Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami

DO : -

#### **4. Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan diagnosa keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan diantaranya :

- a. Perfusi Serebral Tidak Efektif
- b. Nyeri Akut
- c. Defisit Nutrisi
- d. Intoleransi Aktivitas
- e. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
- f. Konstipasi
- g. Risiko Jatuh
- h. Defisit Pengetahuan

1) Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

DO : TD : 150/100 mmHg

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Sakit kepala menurun
- 2) Nilai rata-rata tekanan darah membaik

Intervensi Keperawatan : Pemantauan Tekanan Intrakranial

Observasi

a) Monitor peningkatan TD

Rasional : peningkatan tekanan darah dapat menjadi penyebab terjadinya peningkatan tekanan intracranial karena pembuluh darah

b) Monitor penurunan frekuensi jantung

Rasional : penurunan frekuensi jantung dikarenakan peningkatan tekanan intrakranial dapat menjadi masalah yang dapat menyebabkan kegagalan fungsi otak

c) Monitor irregularitas irama napas

Rasional : irama napas menjadi salah satu tanda gejala penekanan tekanan intrakranial dikarenakan TIK dapat menyebabkan frekuensi jantung menurun dan menyebabkan hipoksia dan sesak napas

Terapeutik

d) Tinggikan bagian kepala

Rasional : Meninggikan bagian kepala, biasanya hingga sudut 30 derajat, memiliki rasional untuk mengurangi tekanan intrakranial, meningkatkan perfusi serebral, dan meningkatkan oksigenasi jaringan otak. Posisi ini juga memfasilitasi aliran darah kembali ke jantung (venous return)

Kolaborasi

e) Kolaborasi pemberian obat penurun tekanan intrakranial

Rasional : mengurangi edema serebral pada perdarahan intraserebral akut.

2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuj-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

DO : Pasien tampak meringis, N : 75×/menit, TD : 150/100, mmHg. S : 36,5<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> : 98%, RR : 19×/menit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Frekuensi nadi membaik
- 3) Keluhan tidak bisa tidur menurun

Intervensi Keperawatan : Manajemen Nyeri

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : membantu dalam memahami sumber atau penyebab nyeri, apakah berasal dari jaringan tubuh tertentu (misalnya otot, sendi, organ internal) atau akibat cedera atau kondisi medis tertentu.

- b) Identifikasi respon nyeri nonverbal

Rasional : respon tubuh seperti ekspresi wajah, perubahan perilaku, atau gerakan tubuh dapat menjadi indikator yang jelas bahwa pasien sedang mengalami nyeri. Mengamati tanda-tanda ini memungkinkan pemberian intervensi lebih cepat dan tepat untuk meredakan nyeri.

- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup mereka. Dengan mengetahui faktor-faktor pasien dapat lebih mudah melakukan penyesuaian dalam aktivitas sehari-hari untuk meminimalkan ketidaknyamanan

Terapeutik

- d) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupuntur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,

aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Rasional : teknik non farmakologis seperti terapi fisik, akupunktur, pijat, atau meditasi, dapat membantu mengurangi, ketergantungan pada obat-obatan, terutama obat penghilang nyeri yang berisiko tinggi menyebabkan efek samping atau ketergantungan seperti opioid. Dengan menggunakan teknik ini pasien dapat mengelola nyeri mereka dengan cara yang lebih aman, mengurangi potensi efek samping atau kecanduan obat.

- e) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional : lingkungan yang bising dan juga pencahayaan yang tidak bagus dapat meningkatkan stress atau kecemasan sehingga meningkatkan sensitivitas pada nyeri dan memperburuk nyeri

- f) Fasilitasi istirahat tidur

Rasional : tidur meningkatkan rileks sehingga mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan energi

Edukasi

- g) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : penjelasan mengenai strategi meredakan nyeri dapat membantu pasien dalam perilaku menurunkan rangsangan nyeri. Pemilihan strategi juga disesuaikan dengan jenis nyeri yang dirasakan pasien

h) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional : teknik non farmakologis yang diajarkan harus sesuai dengan nyeri yang dirasakan agar pasien mampu meredakan rangsangan nyeri yang dirasakan secara mandiri

Kolaborasi

i) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : pemberian analgetik dianjurkan jika nyeri yang dirasakan sangat tinggi dan teknik non farmakologis tidak dapat menurunkan perasaan nyeri tersebut.

3) Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh mual dan muntah, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan

DO : Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat

2) Indeks massa tubuh membaik

Intervensi Keperawatan : Manajemen Nutrisi

## Observasi

### a) Identifikasi status nutrisi

Rasional : menilai kecukupan gizi dan asupan makanan serta mendeteksi adanya risiko malnutrisi sehingga dapat menentukan intervensi nutrisi yang tepat

### b) Monitor asupan makanan

Rasional : penurunan asupan makanan bisa menjadi tanda awal masalah penyakit atau masalah nutrisi lainnya serta mendeteksi kecukupan nutrisi

## Terapeutik

### c) Sajikan makanan secara menarik dengan suhu sesuai

Rasional : suhu makanan yang sesuai dapat meningkatkan nafsu makan dan menimbulkan ketertarikan untuk makan.

## Edukasi

### d) Anjurkan makan dalam posisi duduk, jika mampu

Rasional : posisi duduk membantu menjaga agar tidak tersedak sehingga mengurangi risiko makanan masuk dalam saluran pernapasan.

### e) Anjurkan makan sedikit tapi sering

Rasional : makan sedikit tapi sering membuat lambung lebih mudah mencerna makanan sehingga mengurangi ketidaknyamanan dan juga mual.

4) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah. Pasien juga mengatakan selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah

DO : pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Perasaan lemah menurun
- 3) Tekanan darah membaik

Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi

Observasi

a) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi penyebab utama terjadinya intoleransi aktivitas. Kelelahan tidak hanya pada fisik seperti kondisi penyakit atau aktivitas berlebih namun juga pada emosional dimana stress dan kondisi psikologis lainnya juga dapat menyebabkan kelelahan

b) Monitor pola tidur

Rasional : tidur yang cukup dapat menurunkan perasaan lelah dan lemah, berbanding jika tidur tidak cukup maka tubuh akan lebih cepat mengalami kelelahan dan produktivitas

c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dapat menjadi faktor kelelahan dan adanya masalah saat produktivitas.

Terapeutik

d) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional : lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dapat membantu mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kelelahan dan lemah

Edukasi

e) Anjurkan tirah baring

Rasional : tirah baring dapat meningkatkan energi dan menurunkan perasaan lelah dan lemah serta membantu pemulihan energi

f) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : melakukan aktivitas secara bertahap dapat membantu menurunkan perasaan lelah dan lemah dan memungkinkan tubuh beradaptasi dengan beban fisik yang lebih ringan sesuai dengan kondisi tubuh

5) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh lemas, dan pusing

DO : Pasien tampak lemah, GDS : 235 mg/dl, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kadar glukosa dalam darah membaik
- 2) Pusing menurun

Intervensi Keperawatan : Manajemen Hiperglikemi

Observasi

- a) Monitor kadar glukosa darah

Rasional : memastikan kadar gula darah tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut

- b) Monitor tanda gejala hiperglikemia

Rasional : mendeteksi sejak dini jika kadar gula darah terlalu tinggi sehingga membantu mencegah komplikasi

Terapeutik

- c) Berikan asupan cairan oral

Rasional : peningkatan kadar gula darah dapat menyebabkan tubuh mengeluarkan lebih banyak cairan sehingga tubuh dapat mengalami dehidrasi

## Edukasi

### d) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga

Rasional : membantu mengontrol kadar gula darah karena diet dan olahraga teratur dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu tubuh menggunakan glukosa dengan lebih efisien

## Kolaborasi

### e) Kolaborasi pemberian insulin

Rasional : memastikan pasien mendapatkan dosis insulin yang tepat sesuai kebutuhan mereka

### 6) Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang

DO : bising usus 6x/menit

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi defekasi membaik
- 2) Keluhan defekasi sulit menurun
- 3) Peristaltik usus membaik

Intervensi Keperawatan : Manajemen Eliminasi Fekal

## Observasi

### a) Monitor buang air besar

Rasional : memastikan buang air besar lancar dan tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut

b) Monitor tanda gejala konstipasi

Rasional : mendeteksi secara dini adanya konstipasi dan mencegah komplikasi tambahan

Terapeutik

c) Berikan air hangat setelah makan

Rasional : pemberian air hangat dapat dilakukan dengan tujuan membantu merelaksasi otot saluran cerna dan merangsang pergerakan usus

d) Sediakan makan tinggi serat

Rasional : makanan tinggi serat mampu melunakkan feses dengan menahan air dalam feses sehingga menjadi lebih lunak dan mudah dikeluarkan

Edukasi

e) Anjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat

Rasional : makanan tinggi serat mampu melunakkan feses sehingga mengonsumsi makanan tinggi serat disarankan pada penderita konstipasi

7) Risiko Jatuh berhubungan dengan dengan gangguan penglihatan ditandai

dengan :

DS: Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar.

Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien mengatakan juga merasa pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap

DO : -

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur tidak terjadi
- 2) Jatuh saat berdiri tidak terjadi
- 3) Jatuh saat berjalan tidak terjadi

Intervensi Keperawatan : Pencegahan Jatuh

Observasi

- a) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)

Rasional : beberapa faktor diatas dapat meningkatkan risiko jatuh sehingga identifikasi dilakukan untuk menentukan intervensi yang tepat

- b) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

Rasional : Kemampuan berpindah dapat menyebabkan risiko jatuh tinggi jika tubuh atau kondisi melemah, dilakukan monitor kemampuan agar dapat menurunkan risiko jatuh

Terapeutik

- c) Pasang handrail tempat tidur

Rasional : pemasangan handrail bertujuan agar meminimalisir jatuh dari atas tempat tidur dan membantu pasien ketika hendak berpindah posisi

d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

Rasional : posisi tempat tidur rendah dapat membantu pasien agar dapat mudah berpindah dari tempat tidur ke tempat lain dan meminimalisir terjadinya jatuh

e) Kunci roda pada tempat tidur

Rasional : penguncian roda bertujuan agar meminimalisir jatuh dari atas tempat tidur dan membantu pasien ketika hendak berpindah posisi

Edukasi

f) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

Rasional : dengan memanggil perawat mencegah terjadinya jatuh dan meminimalisir cedera yang terjadi

8) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi :

DS : Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami

DO : -

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

1) Perilaku sesuai pengetahuan meningkat

2) Persepsi keliru terhadap masalah menurun

Intervensi Keperawatan : Edukasi Kesehatan

a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : kesiapan menerima informasi menjadi acuan apakah siap untuk menerima informasi secara mendalam

Terapeutik

b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional : materi menjadi acuan dalam pemberian edukasi kesehatan dan juga dapat diberikan dalam bentuk media yang mudah dipahami

c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional : jadwal pendidikan kesehatan yang sesuai dapat meningkatkan pemahaman dan meningkatkan pengetahuan bagi sasaran

d) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : bertanya menjadi salah satu bentuk respon dari sasaran agar dapat menjadi tolak ukur apakah sasaran tersebut belum paham atau paham dan dapat membantu dalam memberikan penjelasan kepada sasaran.

## **5. Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan dan dilakukan dari tanggal 24 – 25 Mei 2025.

a. Hari Pertama, Sabtu 24 Mei 2025

1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif antara lain : 07.25 Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 150/100 mmHg. Pukul 08.00

Penatalaksanaan pemberian Manitol 20 tetes permenit/IV dengan hasil : Pemberian manitol 100cc 20tpm/IV. Pukul 09.30 Memonitot tekanan darah dengan hasil : TD : 110/70 mmHg. Pukul 11.45 Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 150/100 mmHg. Pukul 11.50 Memonitor ireguleritas jalan napas dengan hasil : saat dilakukan inspeksi irama napas pasien normal dan reguler dengan frekuensi napas 20x/menit.

## 2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : pukul 07.25 Memeriksa tanda-tanda vital dengan hasil TD : 150/100mmHg, N : 75x/menit, RR : 19x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, S : 36,5<sup>0</sup>C. Pukul 08.00 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan hasil : P : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ketika melihat ke arah kiri dan kanan serta menggerakkan kepala, Q : kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri di kepala bagian belakang, S : skala nyeri 7 (nyeri berat), T : nyeri yang dirasakan hilang muncul. Pukul 09.00 mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan hasil : meminta para pengunjung dan keluarga untuk tidak berisik dan lebih tenang agar Ny. T.H tidak merasakan sakit kepala. Pukul 09.30 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (napas dalam) dengan hasil : mengajarkan teknik napas dalam dengan meminta Ny. TH meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui

hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul. Pukul 10.00 Memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil : membantu dengan meletakkan bantal dibagian kepala pasien agar lebih tinggi dan membantu merapikan tempat tidur agar Ny. TH lebih nyaman saat tidur.

### 3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain : Pukul 08.00 Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : pasien mengatakan hanya makan 3-4 sendok makan saja karena merasa mual dan muntah. Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. Pukul 11.00 Menganjurkan untuk makan dalam posisi duduk dengan hasil : menganjurkan kepada pasien untuk makan sambil duduk bersandar agar tidak tersedak. Pukul 12.50 Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat dan lauk seperti sayuran dan ikan yang disiapkan dari rumah sakit.

### 4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain : pukul 07.40 Memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil : pasien mengatakan merasa lelah dan lemah di sekujur tubuh dan pusing. Pukul 08.00 Memonitor pola tidur dengan hasil : pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri yang dirasakan pada kepala sehingga terkadang pasien bangun pada malam hari karena

merasakan nyeri pada kepala bagian belakang. Pukul 09.00 Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan hasil : menjelaskan dan meminta kepada pengunjung agar tidak berisik dan lebih tenang dan mengatur tempat tidur serta posisi pasien agar lebih nyaman untuk tidur. Pukul 10.00 menganjurkan tirah baring dengan hasil : meminta pasien untuk beristirahat agar mendapatkan energi dan tidak lelah. Pukul 13.00 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas secara bertahap yaitu perlahan-lahan untuk duduk di bed selama lima menit lalu kembali berbaring dan meminta kepada keluarga untuk menemani pasien selama melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.

5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah antara lain : pukul 08.00 Memonitor tanda gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan merasa pusing dan lemas. Pukul 12.35 Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil : kadar glukosa darah 235 mg/dl. 12.00 Memberikan insulin 4 unit/SC. Pukul 13.20 Memberikan asupan cairan oral dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah konstipasi antara lain : Pukul 09.00 Memonitor buang air besar dengan hasil : pasien mengatakan masih belum buang air besar. Pukul 09.30 Memonitor

gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 6x/menit.  
Pukul 12.50 Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 3-4 sendok makan saja dan porsi makanan tidak dihabiskan.  
Pukul 13.00 Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga. Pukul 13.30 : Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc.

#### 7) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko jatuh antara lain : pukul 08.00 Mengidentifikasi risiko jatuh dengan hasil : Ny TH merupakan pasien dengan risiko jatuh tinggi dikarenakan pasien berumur 64 tahun dan penglihatan kabur dan berputar-putar. Pukul 08.10 Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun sebaliknya dengan hasil : pasien bisa berpindah dari kursi ke bed maupun sebaliknya namun harus dibantu keluarga. Pukul 10.00 Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : memasang handrail pada satu sisi bed yaitu pada sebelah kiri karena sebelah kanan sudah dempet dengan dinding. Pukul 10.05 Mengunci roda bed dengan hasil : mengunci roda bed pasien yaitu mengunci keempat roda bed pasien. Pukul 10.10 Menganjurkan untuk memanggil perawat jika hendak berpindah dengan hasil : meminta kepada pasien jika hendak berpindah jika keluarga tidak berada di tempat.

#### 8) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan antara lain : pukul 08.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan tidak paham terkait penyakit yang dialami yaitu penyakit hipertensi dan mengatakan siap untuk menerima edukasi yang akan diberikan. Pukul 11.30 Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan pasien dengan hasil : menjelaskan terkait pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala dan komplikasi yang akan dialami. Pukul 11.40 Memberikan kesempatan untuk bertanya pada pasien dan keluarga dengan hasil : pasien dan keluarga bertanya mengapa hipertensi bisa terjadi pada usia tua dan dijelaskan bahwa usia tua sangat rentan terkena hipertensi karena pembuluh darah sudah kaku dan tidak lentur sehingga dapat meningkatkan tekanan pada darah.

#### b. Hari Kedua, 25 Mei 2025

##### 1) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko perfusi serebral tidak efektif antara lain : pukul 07.30 Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 110/80. Pukul 08.00 Penatalaksanaan pemberian manitol dengan hasil : diberikan manitol 100cc 20tpm/IV Pukul 09.30 Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 95/75 mmHg. Pukul 11.40 Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 100/80 mmHg. Pukul 13.00 Penatalaksanaan pemberian manitol

dengan hasil : diberikan manitol 20 tpm/IV 100cc/6 jam. Pukul 13.00 Membantu meninggikan bagian kepala pasien dengan hasil : : membantu dengan meletakkan bantal dibagian kepala pasien agar lebih tinggi.

## 2) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain : pukul 07.30 Melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, SpO<sub>2</sub> : 96%, S : 36,5<sup>0</sup>C. Pukul 08.00 Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan hasil : P : nyeri yang dirasakan ketika menggerakkan kepala pasien kekiri dan kekanan, Q : kualitas seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri yang dirasakan pada kepala bagian belakang, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri yang dirasakan hilang muncul. Pukul 09.30 mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan hasil : meminta kepada pengunjung dan juga keluarga untuk tidak berisik dan lebih tenang. Pukul 10.00 menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil : menjelaskan teknik napas dalam yaitu meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul agar pasien dapat melakukan secara mandiri.

### 3) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi antara lain : Pukul 08.00 Memonitor asupan makanan dengan hasil : pasien mengatakan masih muntah sebanyak dua kali saat makan tadi pagi. Pukul 11.00 Menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil : menganjurkan pasien untuk bubur perlahan atau persendok agar tidak muntah. Pukul 12.50 Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat yang disiapkan dari rumah sakit.

### 4) Diagnosa IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas antara lain : pukul 08.00 Memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil : pasien mengeluh masih merasa lelah dan lemah. Pukul 09.30 Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dengan hasil : meminta pengunjung untuk tidak ribut agar pasien lebih tenang dan mengatur posisi pasien agar lebih nyaman. Pukul 10.40 Menganjurkan tirah baring dengan hasil : menganjurkan tirah baring pada pasien agar mendapatkan energi dan tidak lelah.

### 5) Diagnosa V

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah antara lain : pukul 08.00 Memonitor tanda gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan masih merasa pusing dan lemas. Pukul 12.45 Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil

: kadar glukosa darah 245 mg/dl. Pukul 13.00 Memberikan insulin 4 unit/SC. Pukul 13.20 Memberikan asupan cairan oral dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc

6) Diagnosa VI

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah konstipasi antara lain : Pukul 09.00 Memonitor buang air besar dengan hasil : pasien mengatakan masih belum buang air besar. Pukul 09.30 Memonitor gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 5x/menit. Pukul 12.50 Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 3-4 sendok makan saja dan porsi makanan tidak dihabiskan. Pukul 13.00 Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga. Pukul 13.30 : Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc.

7) Diagnosa VII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko jatuh antara lain : pukul 10.40 Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : memasang handrail pada satu sisi bed yaitu pada sebelah kiri karena sebelah kanan sudah dempet dengan dinding. Pukul 10.50 Mengunci roda bed dengan hasil : mengunci keempat roda bed pasien agar mencegah bed bergerak ketika pasien hendak duduk di bed. Pukul 12.00 Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi

maupun sebaliknya dengan hasil : pasien mampu berpindah dari bed ke kursi maupun sebaliknya namun masih di bantu oleh keluarga.

8) Diagnosa VIII

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah defisit pengetahuan antara lain : pukul 11.30 Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan pasien dengan hasil : menjelaskan terkait makanan yang harus dihindari dan bagaimana cara pencegahan dan penanganan hipertensi. Pukul 11.40 Memberikan kesempatan untuk bertanya pada pasien dan keluarga dengan hasil : keluarga dan pasien mengatakan sudah paham terkait penjelasan yang diberikan.

## 6. Evaluasi Keperawatan

a. Hari Pertama, Sabtu 24 Mei 2025

1) Diagnosa I

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasakan sakit kepala dan juga pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, pasien mengeluh masih mual dan muntah. O : TD : 110/70 mmHg, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali A : Masalah perfusi serebral belum teratasi. P : Intervensi dipertahankan

2) Diagnosa II

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih sakit pada kepala bagian belakang, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada kepala bagian belakang, skala nyeri 7 (nyeri berat), nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien mengatakan masih merasa pusing. O

: TD : 110/70 mmHg, N : 74x/menit, RR : 22x/menit, SpO<sub>2</sub> : 94%, S : 36,5<sup>0</sup>C. A : Masalah nyeri akut belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi

3) Diagnosa III

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa mual muntah dan hanya makan 3 – 4 sendok makan. O : pasien tampak muntah tiga kali saat makan serta porsi makanan tidak dihabiskan,. A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.

4) Diagnosa IV

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan masih merasa lelah ketika melakukan aktivitas. O : pasien nampak lelah dan lemah. A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.

5) Diagnosa V

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa pusing serta lelah dan lemas. O : kadar glukosa darah : 254 mg/dl, pasien tampak lelah dan lemah. A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi

6) Diagnosa VI

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih belum buang air besar. O : frekuensi peristaltik usus 6x/menit. A : masalah konstipasi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi

7) Diagnosa VII

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan penglihatan masih kabur, gelap dan berputar-putar, saat mencoba berjalan pasien masih sulit untuk melihat kekanan dan kekiri karena masih pusing dan hanya mampu melihat lurus kedepan. O : - : A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : Intervensi dipertahankan.

8) Diagnosa VIII

Pukul 13.30 S : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang diberikan. O : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan dan mampu menjelaskan kembali tentang pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala dan komplikasi yang akan dialami.. A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

b. Hari Kedua, 25 Mei 2025

1) Diagnosa I

Pukul 13.30 S : pasien masih mengeluh sakit pada kepala bagian belakang dan pusing, pasien mengeluh masih mual dan muntah. O : TD : 100/80 mmHg, pasien tampak muntah dua kali. A : Masalah perfusi serebral belum teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

2) Diagnosa II

Pukul 13.30 S : pasien masih mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 (nyeri sedang), nyeri yang dirasakan hilang muncul. O : TD : 100/80 mmHg,

N : 74x/menit, RR : 19x/menit, SpO<sub>2</sub> : 96%, S : 36,5<sup>0</sup>C. A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.

3) Diagnosa III

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa mual muntah dan hanya makan 3 – 4 sendok. O : pasien tampak muntah dua kali saat makan dan porsi makanan tampak tidak dihabiskan, kadar glukosa darah : 245 mg/dl. A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.

4) Diagnosa IV

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemah saat melakukan aktivitas maupun tidak dan aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga. O : Pasien tampak lelah dan lemah. A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

5) Diagnosa V

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa pusing serta lelah dan lemas. O : kadar glukosa darah 245 mg/dl, pasien tampak lelah dan lemah. A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi

6) Diagnosa VI

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih belum buang air besar. O : peristaltik usus 5x/menit. A : masalah konstipasi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi

7) Diagnosa VII

Pukul 13.30 S : pasien mengatakan penglihatan masih kabur dan pandangan masih berputar-putar, pasien hanya mampu berjalan lurus ke arah kedepan dan masih pusing jika melihat kiri dan kanan. O : - A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : Intervensi dipertahankan.

8) Diagnosa VIII

Pukul 13.30 S : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan. O : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan dan mampu menjelaskan kembali tentang terkait makanan yang harus dihindari dan bagaimana cara pencegahan dan penanganan hipertensi. A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

**7. Catatan Perkembangan**

Catatan perkembangan Hari Senin 26 Mei 2025

1) Diagnosa I

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan sakit kepala berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan masih merasa pusing, pasien mengeluh tidak merasakan mual dan muntah. O : TD : 110/80 mmHg, pasien tampak tidak muntah. A : masalah perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi. P : Intervensi dipertahankan. I : Pukul 12.00 Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 120/80 mmHg. E : Pukul 13.00 pasien mengatakan sakit kepala berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan masih merasa pusing, pasien mengeluh tidak merasakan mual

dan muntah, TD : 120/80, pasien tampak tidak muntah, masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, intervensi dipertahankan.

## 2) Diagnosa II

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kepala sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang muncul. O : TD : 100/80 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, S : 36,5<sup>0</sup>C, pasien tidak tampak meringis. A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi. P : Lanjutkan Intervensi. I : Pukul 11.00 Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil : diajarkan kembali teknik napas dalam yaitu meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul. E : Pukul 13.00 Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kepala sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang muncul, TD : 100/80 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, S : 36,5<sup>0</sup>C, pasien tidak tampak meringis, masalah nyeri akut sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

## 3) Diagnosa III

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa mual dan muntah. O : pasien tampak tidak muntah ketika makan dan porsi makanan dihabiskan setengah. A : masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : intervensi dipertahankan. I : Pukul 13.00 Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat yang

disiapkan dari rumah sakit. E : Pukul 13.00 Pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa mual dan muntah, pasien tampak tidak muntah ketika makan dan porsi makanan dihabiskan setengah, kadar glukosa darah : 220 mg/dl, masalah defisit nutrisi belum teratasi, intervensi dipertahankan.

#### 4) Diagnosa IV

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan tidak lagi merasa lelah dan lemah, semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga. O : pasien tampak lelah dan lemah. A : masalah Intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan. I : Pukul 11.10 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan tidak terburu-buru sambil dibantu keluarga. E : Pukul 13.00 pasien mengatakan tidak lagi merasa lelah dan lemah, semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lelah dan lemah, masalah Intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.

#### 5) Diagnosa V

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan masih merasa pusing namun tidak lagi merasa lelah dan lemas. O : pasien tampak lelah dan lemah. A : masalah ketidakstabilan kadar gula darah belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi. I : Pukul 12.45 Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil : kadar glukosa darah 220 mg/dl. Pukul 13.00 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan hasil : menjelaskan kepada pasien dan juga keluarga terkait makanan yang boleh dikonsumsi untuk penderita diabetes

melitus seperti mengurangi makanan yang mengandung gula serta olahraga. E : Pukul 13.00 pasien mengatakan masih merasa pusing namun tidak lagi merasa lelah dan lemas, pasien tampak lelah dan lemah, kadar glukosa darah 220 mg/dl, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, intervensi dipertahankan.

#### 6) Diagnosa VI

Pukul 10.30 S: pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar. O : frekuensi peristaltik usus 6x/menit. A : masalah konstipasi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi. I : Pukul 11.00 Menganjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat dengan hasil menjelaskan mengenai makanan yang mengandung serat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan. E : Pukul 13.00 pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar, frekuensi peristaltik usus 6x/menit, masalah konstipasi belum teratasi, Intervensi dipertahankan.

#### 7) Diagnosa VII

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan masih pusing dan penglihatan masih kabur dan berputar-putar. O : - A : masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : intervensi dipertahankan. I : Pukul 10.40 Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : dipasangkan handrail pada sisi kiri tempat tidur. Menurunkan posisi bed di posisi rendah dengan hasil : menurunkan posisi bed dengan posisi rendah mencegah pasien jatuh dari atas tempat tidur. E : Pukul 13.00 : pasien mengatakan masih pusing dan penglihatan masih

kabur dan berputar-putar, masalah risiko jatuh tidak terjadi, intervensi dipertahankan.

#### 8) Diagnosa VIII

Pukul 10.30 S : pasien mengatakan masih mengingat penjelasan kemarin yaitu terkait pencegahan dan penanganan hipertensi serta makanan yang harus dihindari. O : pasien dan keluarga tampak paham saat menjelaskan penjelasan kemarin. A : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan. I : Pukul 11.20 Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan yang dialami pasien dengan hasil : menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya minum obat dan peran keluarga dalam mengingatkan untuk minum obat. E : Pukul 13.00 pasien mengatakan paham terkait penjelasan yang diberikan, pasien dan keluarga tampak paham terkait penjelasan dan mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya minum obat dan peran keluarga dalam mengingatkan untuk minum obat, masalah defisit pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan.

### **B. PEMBAHASAN**

Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan menerapkan proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pembahasan akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Ny. T. H di ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.

## 1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada studi kasus Ny. T.H ditemukan pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing serta penglihatan kabur, pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, merasa lelah dan lemah, skala nyeri 7 (nyeri berat), pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, TD : 150/100 mmHg serta mual dan muntah.

Menurut Anwar dan Cusmarih (2022) tanda gejala spesifik yang dapat muncul pada penderita hipertensi diantaranya tekanan darah sistole lebih dari 140mmHg dan diastole lebih dari 90mmHg, takikardi, nyeri kepala belakang, pusing, sesak napas, kesemutan, palpitasi atau jantung berdebar-debar, dan leher tegang dan kaku, gelisah atau cemas, mudah lelah dan lemah, penglihatan kabur, pingsan, kesemutan serta kurang paham terkait masalah yang dialami namun pada kasus nyata yang dilakukan selama 3 hari pada Ny. T.H beberapa tanda gejala hipertensi tidak ditemukan pada pasien diantaranya yaitu leher tegang dan kaku, gelisah atau cemas, kesemutan, palpitasi atau jantung berdebar-debar serta takikardi.

Kesemutan dapat terjadi pada penderita hipertensi dimana kesemutan terjadi akibat gangguan pembuluh darah tepi atau perifer. Gangguan ini diakibatkan oleh vasokonstriksi pembuluh tepi yang menyebabkan pembuluh darah kekurangan suplai oksigen dan muncul rasa kesemutan. Kesemutan

dapat muncul secara bertahap apabila hipertensi yang tidak terkontrol dapat memperparah kesemutan, hal ini berbeda dengan kasus dimana saat dilakukan pengkajian, Ny. T.H tidak mengalami atau mengeluh kesemutan pada ekstremitas dikarenakan hipertensi yang dialami oleh pasien masih bisa terkontrol atau ini merupakan pertama kalinya pasien mengalami hipertensi sehingga gejala kesemutan tidak dialami oleh pasien. Kesemutan dapat diatasi dengan memijit pelan area yang kesemutan.

Penelitian yang dilakukan oleh Sunarti dkk (2024) menyatakan bahwa kecemasan memengaruhi tekanan darah pada pasien hipertensi. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien menyatakan pusing dan kecemasan terhadap penyakitnya, mengalami seperti kebingungan, ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi, disertai perasaan cemas dan tidak berdaya pada diri seseorang yang terancam secara fisik dan psikis. Gelisah dan cemas dapat terjadi pada penderita hipertensi dikarenakan tekanan darah dapat meningkat ketika cemas. Ketakutan dan kegelisahan terhadap masalah atau penyakit yang dialami menyebabkan munculnya perasaan khawatir dan ketidaknyamanan yang mengakibatkan peningkatan hormon salah satunya hormon adrenalin yang dapat meningkatkan tekanan darah. Hal ini berbeda dengan kasus dimana selama tiga hari, Ny. T.H tidak menunjukkan tanda gelisah dan menyatakan bahwa tidak mengalami cemas dengan kondisi kesehatannya. Hal ini didasari dengan pernyataan pasien dimana pasien mengatakan bahwa pasien tidak begitu cemas dengan keadaannya saat ini. Gelisah dan cemas dapat diatasi dengan teknik relaksasi dengan tarik napas

dalam untuk menenangkan pikiran, menghindari konsumsi kafein dan alkohol, serta mencari dukungan sosial melalui keluarga dan orang terdekat.

Penelitian yang dilakukan oleh Jaya (2021) mengatakan bahwa penderita hipertensi mengalami perubahan atau peningkatan denyut nadi (takikardi). Meningkatnya tekanan darah dalam arteri bisa terjadi dimana jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan pada darah setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit dan membuat denyut nadi meningkat. Takikardi, palpitasi serta sesak napas dapat terjadi pada penderita hipertensi yang tidak terkontrol atau telah menderita hipertensi dalam waktu yang lama dan akan mengalami pembesaran jantung yang menyebabkan jantung mengalami penurunan fungsi. Hal ini berbeda dengan kasus nyata pada NY. T.H dimana Ny. T.H tidak mengalami takikardi, palpitasi serta sesak napas dikarenakan dirinya baru pertama kali menderita hipertensi sehingga tanda gejala hipertensi seperti takikardi, palpitasi dan sesak napas tidak terjadi dibuktikan dengan hasil EKG yang dilakukan pada 20 Mei 2025 dengan hasil Sinus Rythm (sinus normal) dengan HR 69x/menit. Terkait palpitasi, takikardi dan sesak napas dapat diatasi dengan perubahan gaya hidup seperti mengelola stress dengan baik, menjaga berat badan dengan mengkonsumsi makanan seimbang dan mengurangi konsumsi alkohol dan kafein.

Menurut Sutomo dan Aprilin (2020) leher tegang dan kaku dapat terjadi pada penderita hipertensi yang lama menderitanya > 5 tahun. Leher tegang dan kaku dapat terjadi karena adanya peningkatan vaskularisasi pada

leher yang menyebabkan tekanan pembuluh darah pada leher meningkat sehingga terjadinya nyeri. Pada kasus nyata Ny. T.H tidak mengalami leher tegang dan kaku dikarenakan dirinya baru menderita hipertensi pertama kali. Leher tegang dan kaku dapat diatasi dengan memijat pelan area leher yang tegang serta dapat dilakukan kompres hangat pada area leher dan peregangan di leher secara teratur agar menjaga fleksibilitas otot leher.

Pada kasus, pasien mengalami gejala mual dan muntah namun pada teori tidak terdapat tanda gejala mual dan muntah. Menurut Syahab (2019) gejala mual muntah merupakan perasaan tak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat atau tidak mengakibatkan muntah. Mual muntah yang dialami pasien merupakan salah satu tanda gejala dari peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial merupakan kondisi dimana tekanan didalam tengkorak meningkat maka dalam hal ini pasien perlu diberikan edukasi terkait tanda gejala yang dialami merupakan efek dari penyakit dan menghindari makanan yang merangsang mual dan muntah.

Pada kasus, pasien juga mengalami peningkatan kadar glukosa darah namun pada teori tidak terdapat gejala peningkatan kadar glukosa darah. Menurut Widyaswara, Wulandari & Putri (2022), peningkatan kadar glukosa darah atau hiperglikemia merupakan kondisi dimana kadar glukosa dalam darah tinggi yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti resistensi insulin dan masalah lainnya dalam metabolisme glukosa. Pada pasien Ny. T.H terjadi peningkatan kadar glukosa darah dengan GDS 235 mg/dl. Hal ini

terjadi dikarenakan pasien juga menderita penyakit diabetes melitus sehingga pasien perlu diberikan edukasi terkait tanda gejala diabetes melitus dan penanganan dan pengelolaan diabetes melitus.

Selain mual muntah dan peningkatan kadar glukosa darah, pasien juga mengalami konstipasi yang dimana tidak terdapat dalam teori. Konstipasi merupakan kondisi sulit buang air besar yang ditandai dengan berkurangnya frekuensi, tinja yang keras serta sulit dikeluarkan. Pada kasus nyata, pasien mengalami konstipasi dikarenakan sejak masuk rumah sakit pasien belum juga buang air besar. Hal ini dapat diatasi dengan mengonsumsi makanan yang mengandung serat seperti sayuran dan buah-buahan guna melancarkan buang air besar.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Widoyono, Indriyanti & Astuti (2022), diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada penderita hipertensi yaitu nyeri akut, intoleransi aktivitas, risiko penurunan curah jantung, risiko perfusi serebral tidak efektif, defisit pengetahuan, ansietas dan risiko jatuh namun pada kasus Ny.T.H diagnosa keperawatan yang muncul ada 8 yaitu perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, defisit nutrisi, intoleransi aktivitas, ketidakstabilan kadar glukosa darah, konstipasi risiko jatuh dan defisit pengetahuan.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana diagnosa pada teori terdapat 7 diagnosa keperawatan sedangkan dikasus terdapat 8 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah ansietas namun pada kasus pasien Ny. T.H tidak ditemukan karena pasien tidak mengalami dan menunjukkan

gejala gelisah dan cemas. Pada teori, penderita hipertensi dapat mengalami masalah keperawatan risiko penurunan curah jantung namun pada kasus tidak ditemukan karena pasien tidak menunjukkan tanda gejala risiko penurunan curah jantung seperti takikardi dan palpitasi atau jantung berdebar-debar.

Terdapat diagnosa yang tidak ada di teori yaitu defisit nutrisi. Defisit nutrisi merupakan kondisi dimana asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Diagnosa ini tidak ada dalam teori namun ditemukan pada kasus dikarenakan respon dan tanda gejala yang ditunjukkan oleh pasien seperti mual muntah dan indeks massa tubuh pasien yang berada dalam kategori *underweight* yaitu 13,31 Kg.

Selain defisit nutrisi, konstipasi dan ketidakstabilan kadar gula darah juga tidak ada dalam teori namun ditemukan dalam kasus nyata. Konstipasi merupakan penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak. Diagnosa ini ditemukan dikarenakan pasien belum buang air besar sejak masuk rumah sakit dan frekuensi peristaltik usus 6x/menit.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah juga ditemukan dalam kasus nyata. Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kondisi kadar gula darah pasien naik ataupun turun. Pasien mengalami hiperglikemia atau kadar glukosa darah tinggi yang dibuktikan dengan hasil glukosa darah sewaktu 235 mg/dl serta pasien juga menderita penyakit diabetes melitus.

Terdapat masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif yang menjadi diagnosa aktual dimana ditunjukkan oleh tanda gejala muncul

pada pasien seperti mual muntah, sakit kepala bagian belakang, pusing serta TD : 150/100.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi yang terdapat pada teori diantaranya Manajemen Nyeri, Manajemen Energi, Pencegahan Jatuh, Reduksi Ansietas, Perawatan Sirkulasi, Edukasi Kesehatan dan Pemantauan Tekanan Intrakranial. Pada kasus Ny. T.H terdapat delapan intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu Manajemen Nyeri, Manajemen Energi, Manajemen Hiperglikemi, Manajemen Konstipasi, Manajemen Nutrisi, Pencegahan Jatuh, Edukasi Kesehatan dan Pemantauan Tekanan Intrakranial. Intervensi keperawatan pada Ny.T.H disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Tahun 2018. Intervensi keperawatan yang dibuat pada teori dan kasus dilakukan seluruhnya.

### **4. Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang disusun. Implementasi yang dilakukan pada pasien Ny. T.H dilaksanakan selama tiga hari yaitu pada tanggal 24 – 26 Mei 2025. Masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif diantaranya memonitor tekanan darah, meninggikan bagian kepala. Masalah keperawatan nyeri akut diantaranya mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi dan intensitas nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi seperti teknik napas dalam. Masalah keperawatan defisit nutrisi dimana memonitor asupan makan

dan membantu menyajikan makanan hangat agar pasien dapat makan. Masalah keperawatan intoleransi aktivitas dengan tindakan yang dilakukan yaitu menganjurkan tirah baring. Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan tindakan memonitor kadar glukosa darah dan penatalaksanaan pemberian insulin. Masalah keperawatan konstipasi dengan tindakan memberikan minum air hangat setelah makan dan menganjurkan untuk makan makanan berserat. Masalah keperawatan risiko jatuh dengan tindakan mengunci roda bed dan menaikkan handrail agar mencegah pasien jatuh dari tempat tidur serta masalah keperawatan defisit pengetahuan dengan memberikan edukasi terkait penyakit hipertensi dan bagaimana bentuk perawatan dan penanganan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, masalah nyeri akut sebagian teratasi dengan hasil pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kepala sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang muncul. Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dengan hasil pasien tidak merasa lelah dan lemah, semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan pasien tampak lelah. Masalah risiko jatuh tidak terjadi dengan hasil pasien mengatakan masih pusing dan penglihatan masih kabur dan berputar-putar. Masalah defisit pengetahuan teratasi dengan hasil pasien mengatakan paham terkait penjelasan yang diberikan dan keluarga dengan penjelasan yang dijelaskan.

Masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dengan hasil pasien mengatakan sakit kepala berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan masih merasa pusing. Masalah defisit nutrisi belum teratasi dengan hasil pasien tidak lagi mual muntah dan indeks massa tubuh pasien 13,31 Kg. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi dengan hasil kadar glukosa darah 220 mg/dl. Masalah konstipasi belum teratasi dengan hasil pasien belum buang air besar dan frekuensi peristaltik usus 6x/menit.

Hasil data diatas menunjukkan adanya kesenjangan antara hasil evaluasi pada teori dan kasus Ny.T.H yaitu masalah nyeri akut sebagian teratasi, masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi, masalah perfusi serebral belum teratasi dan masalah defisit nutrisi belum teratasi dimana kondisi ini tidak sesuai dengan harapan dan tujuan yang ada tertera dalam teori karena membutuhkan beberapa waktu sehingga diperlukan peningkatan implementasi dan pengobatan, oleh karena itu, implementasi tersebut harus dipertahankan guna mencapai kesembuhan pasien.