

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas Rukun Lima Kecamatan Ende Selatan yang berada di Jln. Martha Dinata Kelurahan Rukun Lima. Studi kasus dilakukan di rumah Ny. F.Y yang beralamat di Jalan.Ikan Paus Kelurahan Tanjung, RT 10, RW 05.

2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari selasa 27 Mei 2025, jam : 09.30 di Puskesmas Rukun Lima, Pada Ny. F.Y berumur 60 tahun, beragama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, beralamat di Jalan Ikan Paus Kelurahan Tanjung.

A. Pengumpulan Data

a. Wawancara

1) Biodata Klien

Pasien berinisial Ny. F.Y umur 60 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan SD, alamat di Jalan Ikan Paus, Kelurahan Tanjung, beragama Islam, Diagnosa Medis Hipertensi.

2) Biodata penanggung jawab

Klien berinisial Ny. A. berumur 39 tahun, pekerjaan IRT, alamat di Jalan Ikan Paus, Kelurahan Tanjung, hubungan dengan pasien Tanta.

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, telinga berdenging dan penglihatan kabur.

2. Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, telinga berdenging dan penglihatan kabur dari tanggal 24 Mei 2025.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan sakit kepala, leher tegang, telinga berdenging dan penglihatan kabur. Saat pasien merasakan sakit kepala ia mengikat kepalanya dengan kain namun rasa sakitnya tidak kunjung hilang dan pasien memutuskan untuk melakukan pemeriksaan ke puskesmas.

4. Upaya yang dilakukan

Pasien mengatakan jika sakit kepala ia mengikat kepalanya dengan kain, dan melakukan pemeriksaan kefasilitas kesehatan (Puskesmas) untuk mendapatkan pengobatan. Pasien juga aktif mengikuti posyandu lansia yang diadakan sebulan sekali.

c. Status kesehatan saat ini

a) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mengalami penyakit hipertensi sejak tahun 2022.

b) Pernah dirawat

Pasien mengatakan belum pernah dirawat

c) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi pada makanan ataupun obat-obatan.

d) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Pasien mengatakan mempunyai kebiasaan minum kopi tetapi sudah berhenti sejak satu bulan yang lalu dikarenakan pasien merasa takut karena tekanan darahnya tidak kunjung turun.

d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

e. Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya : -

f. Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko, sosio-kultural-spiritual)

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan mengetahui tentang penyakitnya dan rajin mengontrol ke puskesmas dan mengikuti posyandu lansia

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan, dengan menu makan yang biasa dimakan nasi, sayur, ikan kering, tempe tahu, daging, mie dan makanan bersantan.

Pasien mengatakan dalam sehari minum air sebanyak 5-6 gelas (1000-1200 cc) dan pasien juga meminum kopi dalam sehari sebanyak 1 gelas. Pasien tidak ada pantangan dalam makanan ataupun minuman.

Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari dengan porsi makan 1 piring dihabiskan dengan menu makan diet rendah garam, nasi, sayur labu siam, ikan panggang, dalam sehari pasien minum air sebanyak 5-6 gelas (1000-1200cc). pasien juga mengatakan sudah berhenti minum kopi sejak 1 bulan yang lalu dikarenakan pasien merasa takut karena tekanan darahnya tidak kunjung turun.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari diwaktu pagi dan malam dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, pasien juga mengatakan BAK sebanyak 6-7 kali perhari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit BAB 1-2 kali sehari diwaktu pagi dan malam kadang juga tidak menentu dengan konsistensi padat tetapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, pasien juga mengatakan BAK sebanyak 6-7 kali perhari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit aktivitasnya hanya menjaga kios dirumah dan pergi kepasar. Saat sakit pasien hanya menjaga kios dan sesekali keluar untuk bercerita dengan tetangga.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan matanya buram, telinga berdenging.

f) Pola persepsi konsep diri

Pasien mengatakan mengalami hipertensi sejak tahun 2022 tetapi pasien masih belum menjaga pola makan seperti diet rendah garam dan makanan bersantan. Pada tahun 2024 bulan oktober pasien mulai menjaga pola makan dengan menghindari makanan yang bersantan, dan rendah garam. Pasien juga rutin mengikuti kegiatan posyandu yang dilaksanakan setiap bulan.

g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 8 jam dari jam 21.00 dan bangun jam 05.00 pagi. dan tidur siangnya kurang lebih 30 menit.

Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit tidurnya 8 jam dari jam 21.00 dan bangun jam 05.00 pagi. Dan jarang istirahat pada siang hari karena sibuk menjaga kios.

h) Pola peran hubungan

Pasien mengatakan menjalin hubungan yang baik dengan ipar dan keponakanya.

i) Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan sudah berhenti haid (menopause), dan kebersihan selalu terjaga.

j) Pola toleransi stres koping

Pasien mengatakan merasa stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stres karena ditinggal anaknya pergi merantau dan pasien merasa cemas karena penyakit yang dideritanya.

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien rajin beribadah menurut kepercayaan yakni islam dengan rajin solat 5 waktu.

g. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : baik

Kesadaran : composmentis

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

2. Tanda –tanda vital

TD: 180/100 MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0⁰c. RR: 21x/m.

3. Berat badan : 50 kg

Tinggi badan : 150 cm

IMT : 22,2.

4. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala, mata, telinga, hidung, mulut dan leher

Kepala

I : kulit kepala tampak bersih, tidak ada ketombe, tidak ada udem, rambut sebagian tampak sudah memutih.

Mata

I : Kedua mata tampak simetris, sklera warna putih, konjungtiva tidak anemis, reflek pupil terhadap cahaya baik, tidak ada penggunaan alat bantu melihat.

Telinga

I: Bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

P: Tidak ada nyeri tekan

Hidung

I: Tampak simetris, tidak ada mukus.

Mulut

I: Mukosa bibir tampak pucat dan kering, tidak ada karies gigi

Leher

I : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

2) Dada

Paru-paru

I : Dada tampak simetris, tidak adanya penggunaan otot bantu napas

P : Tidak ada pembengkakan, fremitus/dinding dada simetris

P : Bunyi perkusi sonor

A : Bunyi napas vesikuler

3) Payudara dan ketiak

I : Tampak simetris, tidak ada pembengkakan pada payudara dan ketiak

P : Tidak ada nyeri tekan

4) Abdomen

I : Tidak ada pembengkakan

A : Bising usus 25x/menit

P : Bunyi perkusi tympani

P : Tidak adanya pembengkakan dan tidak teraba nyeri

5) Genitalia

Tidak ada cairan yang keluar, haid sudah berhenti dan kebersihan selalu terjaga.

6) Integument

I : Kulit tampak keriput, warna kulit sawo matang

P: CRT < 2 detik

7) Ekstermitas

I: Tidak ada edema

P: Akral terasa hangat, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, tidak ada nyeri tekan.

P : Reflek patella (+)

8) Neurologis

Keluhan subyektif (nyeri)

P : Darah tinggi

Q : Nyeri yang dirasakan hilang muncul

R : Nyeri di bagian kepala

S : Skala nyeri 3 (ringan)

T : Nyeri yang dirasakan hilang muncul (sese kali)

h. Penatalaksanaan/ pengobatan

Tabel 4.1 Penatalaksanaan/Pengobatan

No	Nama obat	Indikasi	Kontra indikasi
1.	Captopril 25 mg	Untuk hipertensi, gagal jantung dan setelah terjadi infark miokard	Adanya riwayat hipersensitivitas. Captopril berpotensi menyebabkan efek hematologi seperti neutropenia atau agranulositosis.
2.	Simvastatin 10 mg	Menurunkan kadar kolesterol dan mencegah penyakit kardiovaskuler	Penyakit hati aktif termasuk yang memiliki peningkatan enzim hati, kehamilan, dan wanita yang mungkin hamil atau sedang menyusui.

B. Tabulasi Data

Pasien mengatakan sakit kepala, telinga berdenging, leher tegang, dan penglihatan kabur. Pasien mengatakan merasa stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024. Pasien juga merasa stres karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dialaminya. Pengkajian nyeri P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul(sesekali). Keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS: 15 V: 5 M: 6 E: 4, TD: 180/100MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0⁰c. RR: 21x/menit. IMT: 22,2 pasien tampak cemas dan meringis.

C. Klasifikasi Data

DS: Pasien mengatakan sakit kepala, telinga berdenging, leher tegang, dan penglihatan kabur. Pengkajian nyeri P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul (sesekali) . Pasien mengatakan merasa stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024 . pasien juga merasa stres karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dideritanya

DO: Keadaan umum baik kesadaran composmentis, GCS:15 V:5 M: 6 E: 4, TD: 180/100MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0⁰c, RR: 21x/menit. IMT: 22,2 pasien tampak cemas dan meringis.

D. Analisa Data

Tabel 4.2 Analisa Data

Sign/ symptom	Etiologi	Problem
Ds: pasien mengatakan sakit kepala, telinga berdenging, leher tegang dan penglihatan kabur Pengkajian nyeri P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul (sesekali). Do: pasien tampak meringis, TD: 180/100MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0 ⁰ c RR: 21x/menit.	Agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan intrakarnial)	Gangguan rasa nyaman nyeri

<p>Ds: pasien mengatakan merasa stress karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stress karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dideritanya</p> <p>Do: tampak cemas</p> <p>TD: 180/100MmHg, N: 120X/m, RR: 21X/m, S: 36,0⁰ c.</p>	<p>Kekhawatiran mengalami kegagalan (penyakit yang dideritanya)</p>	<p>Ansietas</p>
<p>Hipertensi</p> <p>Ds: pasien mengatakan sakit kepala</p> <p>Do:TD: 180/100MmHg, N: 120x/m, RR:21X/m, S: 36,0⁰c.</p>		<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>

E. Diagnosa Keperawatan

- a) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan sakit kepala, telinga berdenging, leher tegang dan penglihatan kabur. Pengkajian nyeri P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul (sese kali).

Do: Pasien tampak meringis, skala nyeri 3, TD: 180/100MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0⁰ c, RR: 21x/menit.

- b) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan

Ds: pasien mengatakan merasa stress karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stres karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dideritanya.

Do: Tampak cemas TD: 180/100MmHg, N: 120X/m, RR: 21X/m, S: 36,0⁰ c.

- c) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan

Ds: pasien mengatakan sakit kepala

DO : TD: 180/100MmHg, N: 120x/m, RR: 21X/M, S: 36,0⁰c.

F. Intervensi keperawatan

- a) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan sakit kepala, telinga berdenging, leher tegang dan penglihatan kabur. Pengkajian nyeri P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri yang dirasakan hilang muncul (sese kali).

Do: Pasien tampak meringis, TD: 180/100MmHg, N: 120x/menit, S: 36,0⁰c.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x3 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

- Keluhan nyeri menurun

- Frekuensi nadi membaik

Intervensi keperawatan

(manajemen nyeri)

Tindakan

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri.

R: 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.

- 2) Identifikasi skala nyeri

R: Dengan menggunakan skala nyeri dapat mengukur sejauh mana nyeri mengganggu aktivitas sehari-hari pasien.

- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal

R: 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.

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R: Meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup mereka. Dengan mengetahui faktor-faktor pasien dapat lebih mudah melakukan

penyesuaian dalam aktivitas sehari-hari untuk meminimalkan ketidaknyamanan

5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

R: Memungkinkan tenaga medis untuk memberikan edukasi yang akurat, mengoreksi mitos atau kesalahpahaman serta meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Hal ini tidak hanya meningkatkan efektivitas pengelolaan nyeri tetapi juga membantu pasien merasa lebih diberdayakan dan terlibat dalam proses perawatan, yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup mereka.

6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

R: Beberapa budaya mungkin melihat nyeri sebagai sesuatu yang harus ditahan atau diterima sabar, sementara budaya lain mungkin lebih terbuka dalam mengungkapkan rasa sakit dan mencari pengobatan.

7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

R: Nyeri yang tidak terkontrol dapat mengurangi kemampuan mereka untuk menikmati kegiatan yang mereka sukai, seperti berinteraksi dengan keluarga, berlibur, atau melakukan hobi.

8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

R: Memantau respon pasien tenaga medis dapat memastikan apakah terapi tersebut benar-benar membantu mencapai tujuan perawatan

dan apakah terapi perlu disesuaikan atau dihentikan jika tidak efektif

9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

R: Obat-obatan seperti analgesic non-steroid (NSAID), opioid atau obat penghilang nyeri lainnya memiliki potensi untuk menimbulkan efek samping yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, terutama jika digunakan dalam jangka panjang atau dosis tinggi

Terapeutik.

10) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain).

R: Teknik nonfarmakologis seperti terapi fisik, akupuntur, pijat, atau meditasi, dapat membantu mengurangi ketergantungan pada obat-obatan, terutama obat penghilang nyeri yang beresiko 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.

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

R: Lingkungan yang bising dapat meningkatkan tingkat stres dan kecemasan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan sensitivitas

terhadap nyeri. Suara yang mengganggu dapat mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri dan memperburuk persepsi rasa sakit.

12) Fasilitasi istirahat dan tidur

R: Tidur yang cukup memungkinkan tubuh untuk memperbaiki sel-sel yang rusak dan mengembalikan energi yang hilang. Proses regenerasi dan perbaikan jaringan tubuh terjadi lebih efektif selama tidur, sehingga mempercepat proses penyembuhan dari cedera atau penyakit.

13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

R: Pemilihan strategi untuk meredakan nyeri harus mempertimbangkan jenis nyeri (akut/kronis), sumber nyeri (jantung, otot, saraf, pencernaan), serta respon individu terhadap terapi. Penilaian yang cermat terhadap kondisi fisik dan psikologis pasien akan menentukan pendekatan yang paling efektif untuk meredakan nyeri secara keseluruhan.

Edukasi

14) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

R: Nyeri seringkali dapat dipicu atau diperburuk oleh stress atau kecemasan. Ketegangan emosional dapat menyebabkan kontraksi otot yang mempengaruhi tubuh secara fisik.

15) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R: Strategi meredakan nyeri harus disesuaikan dengan jenis dan sumber nyeri yang dialami oleh pasien. Pendekatan ini melibatkan penggunaan obat-obatan, terapi fisik, teknik psikologis, serta perubahan gaya hidup untuk mengatasi rasa sakit secara efektif dan menyeluruh.

16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

R: Memungkinkan pasien untuk lebih memahami pola nyeri yang mereka alami. Pasien dapat mencatat kapan nyeri muncul, seberapa sering, dan berapa lama durasinya. Hal ini membantu dalam mengenali pemicu atau faktor-faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri seperti aktivitas fisik, makanan, atau kondisi emosional.

17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R: Menggunakan analgetik secara tepat tidak hanya meningkatkan efektifitas pengobatan dan mengurangi resiko efek samping tetapi juga memastikan bahwa pengobatan dilakukan secara aman dan efisien.

18) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R: Mengurangi ketergantungan pada obat pereda nyeri, terutama obat yang beresiko seperti opioid. Penggunaan obat-obatan yang berlebihan dapat menyebabkan efek samping serius, termasuk ketergantungan fisik dan psikologis. teknik nonfarmakologis

memberikan alternatif atau pelengkap yang efektif untuk mengelola nyeri tanpa memerlukan obat, mengurangi resiko tersebut.

Kolaborasi

19) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

R: kolaborasi antar tim medis membantu meningkatkan komunikasi yang jelas tentang penggunaan analgesik kepada pasien. Dokter dan perawat dapat memberikan edukasi tentang bagaimana dan kapan obat pereda nyeri digunakan,serta potensi efek samping atau tanda-tanda overdosis.

b) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan

Ds: Pasien mengatakan merasa stress karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stres karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dideritanya.

Do: Tampak cemas TD: 180/100MmHg, N: 120X/m, RR: 21X/m, S: 36,0⁰c.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x3 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil

- Perilaku gelisah menurun
- Frekuensi nadi membaik

Intervensi

(Reduksi ansietas)

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor).

R: Mendeteksi dini terkait stress berlebih yang dapat memperburuk emosional

- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan

R: Membuat penilaian kognitif dan emosional, menentukan kebutuhan dukungan dan meningkatkan kualitas perawatan.

- 3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

R: Mendukung kesejahteraan psikologis dan mengurangi dampak negatif pada pasien

Terapeutik

- 4) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

R: Suasana yang nyaman dan aman memungkinkan klien merasa diterima sehingga terbuka untuk berbagi pengalaman, perasaan, dan pikiran secara jujur.

- 5) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan

R: Menemani pasien terutama dalam situasi stress dapat memberikan rasa aman dan dukungan emosional yang signifikan.

- 6) Pahami situasi yang membuat ansietas

R: Meningkatkan komunikasi pasien dan perawat serta dapat membentuk rasa kepercayaan.

- 7) Dengarkan dengan penuh perhatian

R: Mendukung pasien dan keluarga dalam menghadapi situasi medis yang sulit

8) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

R: Membantu menciptakan rasa aman dan nyaman bagi pasien terutama saat mengalami kecemasan atau ketakutan.

9) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan

R: Memberikan rasa aman dan kenyamanan bagi pasien terutama saat berada di lingkungan yang asing seperti dirumah sakit.

10) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

R: Pasien dapat lebih mudah mengembangkan strategi koping yang efektif dan mengurangi perasaan tidak berdaya.

11) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

R: Mengurangi kecemasan yang timbul akibat ketidakpastian, serta mendorong pasien untuk tetap fokus pada langkah-langkah yang dikendalikan.

Edukasi

12) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami

R: Membantu mengurangi kecemasan pasien dengan meningkatkan pemahaman dan kesiapan mental.

13) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis pengobatan dan prognosis

R: Memungkinkan pasien membuat keputusan yang tepat terkait perawatan, meningkatkan keterlibatan dalam proses penyembuhan dan membangun rasa kepercayaan.

14) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu

R: Kehadiran keluarga dapat memberikan dukungan emosional yang signifikan bagi pasien terutama dalam situasi stress atau saat menghadapi prosedur medis.

15) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif sesuai kebutuhan

R: Membantu pasien menyalurkan energi, mengalihkan fokus dari kecemasan, serta meningkatkan rasa percaya diri

16) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

R: Membantu mengurangi beban emosional yang dapat memperburuk kecemasan atau stres

17) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

R: Membantu mengalihkan fokus dari pikiran atau perasaan yang menimbulkan ketegangan dan kecemasan.

18) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat

R: Membantu pasien menghadapi stres atau konflik secara lebih adaptif dan sehat.

19) Latih teknik relaksasi

R: Membantu menurunkan aktivitas sistem saraf simpatik yang berperan dalam respon stress sehingga dapat mengurangi ketegangan fisik maupun emosional.

Kolaborasi

20) Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu.

R: Membantu mengurangi gejala kecemasan yang berat dan tidak terkontrol dengan intervensi nonfarmakologis saja. Obat antiansietas bekerja menstabilkan aktivitas sistem saraf pusat, sehingga pasien dapat merasa lebih tenang dan mampu beradaptasi dalam proses perawatan.

c) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan

Ds : pasien mengatakan sakit kepala

DO : TD: 180/100mmHg, N: 120x/m, RR: 21X/M, S: 36,0^oc.

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 3x3 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil

- Tekanan darah sistolik membaik
- Tekanan darah diastolik membaik

Intervensi

(manajemen peningkatan tekanan intrakranial)

Observasi

1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

R: Peningkatan tekanan intrakranial dapat terjadi akibat beberapa kondisi patologis yang mengganggu keseimbangan volume didalam rongga kranial

2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).

R: Peningkatan TIK dapat menyebabkan penurunan perfusi otak, iskemia jika tidak segera ditangani.

3) Monitor MAP (*mean arterial pressure*)

R: Monitoring MAP penting untuk menilai kecukupan perfusi organ vital terutama otak, ginjal dan jantung.

4) Monitor CVP (*central venous pressure*)

R: Monitoring CVP penting untuk menilai status volume cairan intramuscular dan fungsi jantung kanan khususnya dalam mengatur terapi cairan pada pasien kritis.

5) Monitor PAWP jika perlu

R: Monitoring PAWP diperlukan untuk menilai tekanan pengisian ventrikel kiri secara tidak langsung yang sangat penting dalam evaluasi fungsi jantung.

6) Monitor PAP jika perlu

R: Monitoring PAP diperlukan untuk menilai tekanan dalam arteri pulmonalis, yang mencerminkan beban kerja ventrikel kanan dan resistensi vaskular pulmonal.

7) Monitor ICP (*intra cranial pressure*)

R: Mendeteksi peningkatan tekanan didalam rongga tengkorak yang dapat membahayakan perfusi otak dan fungsi neurologis. Tekanan intrakranial yang tinggi dapat menyebabkan penurunan aliran darah otak, iskemia.

8) Monitor CPP (*cerebral perfusion pressure*)

R: Monitoring CPP sangat penting untuk memastikan otak menerima aliran darah yang cukup guna mempertahankan fungsi seluler dan mencegah kerusakan neurologis.

9) Monitor gelombang ICP

R: Monitoring gelombang ICP memberikan informasi yang lebih rinci tentang dinamika tekanan intrakranial dibandingkan hanya melihat nilai numerik ICP.

10) Monitor status pernapasan

R: Monitoring status pernapasan penting untuk menilai efektivitas ventilasi dan oksigenasi serta mendeteksi dini gangguan pernapasan yang dapat membahayakan nyawa.

11) Monitor intake dan output cairan

R: Monitoring intake dan output cairan penting untuk menilai keseimbangan cairan tubuh yang berperan vital dalam menjaga perfusi jaringan, fungsi ginjal, dan kestabilan hemodinamik.

12) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna konsistensi).

R: Monitoring cairan serebrospinal penting untuk mendeteksi dini adanya infeksi, perdarahan atau peningkatan tekanan intrakranial.

Terapeutik

13) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R: Meminimalkan stimulus berlebih membantu menurunkan rangsangan terhadap sistem saraf pusat sehingga dapat mengurangi tekanan intrakranial, kecemasan dan agitasi.

14) Berikan posisi semifowler

R: Memberikan posisi semifowler membantu meningkatkan ekspansi paru dan mempermudah pernapasan serta mengurangi resiko aspirasi terutama pada pasien dengan gangguan kesadaran.

15) Hindari manuver valsava

R: Menghindari manuver valsava penting karena tindakan ini dapat meningkatkan tekanan intrakranial secara tiba-tiba.

16) Cegah terjadinya kejang

R: Mencegah terjadinya kejang sangat penting untuk menghindari peningkatan kebutuhan oksigen otak, resiko cedera fisik, serta potensi kerusakan neurologis.

17) Hindari penggunaan PEEP

R: Menghindari penggunaan PEEP diperlukan pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial karena PEEP dapat meningkatkan tekanan intratorakal yang kemudian menghambat aliran balik vena dari otak.

18) Hindari pemberian cairan IV hipotonik

R: Menghindari pemberian cairan IV hipotonik penting karena cairan ini dapat menyebabkan pergeseran cairan ke dalam sel yang beresiko memperburuk edema serebral dan meningkatkan tekanan intrakranial.

19) Atur ventilator agar $Paco^2$ optimal

R: Mengatur ventilator tetap dalam rentang normal penting untuk menjaga keseimbangan asam-basa darah serta tekanan intrakranial.

20) Pertahankan suhu tubuh normal

R: menjaga stabilitas metabolik, fungsi enzim, dan perfusi organ vital, terutama otak. Hipotermia dapat meningkatkan metabolisme otak dan kebutuhan oksigen yang beresiko memperburuk kerusakan neurologis dan meningkatkan tekanan intrakranial.

Kolaborasi

21) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu

R: Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan antikonvulsan diperlukan untuk mengontrol aktivitas neurologis berlebih,

menurunkan tekanan intrakranial dan mencegah atau mengatasi kejang.

22) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis

R: Kolaborasi pemberian diuretik osmotik bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial dan mengurangi edema serebral dengan menarik cairan dari jaringan otak ke dalam sirkulasi darah untuk kemudian dikeluarkan melalui ginjal.

23) Kolaborasi pemberian pelunak tinja jika perlu

R: Kolaborasi dalam pemberian pelunak tinja bertujuan untuk mencegah konstipasi dan mengejan (maneuver valsava) saat buang air besar yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial.

G. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan selesai dan dilakukan pada tanggal 27-29 Mei 2025.

1. Hari pertama Selasa 27 Mei 2025

a) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pasien dengan gangguan rasa nyaman nyeri antara lain: **pukul 09:30** mengukur TTV dengan hasil TD: 180/100 mmHg, N: 120 X/m, RR: 21x/m, S: 36,0^o c. **pukul 10.30** mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan hasil: P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3 (ringan), T: nyeri

yang dirasakan hilang muncul (sesekali). **Pukul 10.35** mengkaji respon nyeri nonverbal dengan hasil pasien tampak meringis, penglihatankabur. **Pukul 10.40** mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil menyuruh pasien meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasien menarik napas melalui hidung kemudian tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut. **Pukul 10.50** kontrol lingkungan yang mempreberat rasa nyeri (kebisingan) dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk menutup kiosk disaat mendekati waktu istirahat sehingga tidak mengganggu waktu tidur, **pukul 11.00** fasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil meminta kepada pasien untuk beristirahat pada siang hari dan menyarankan kepada pasien untuk tidak begadang pada malam hari. **pukul 11.20** jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dengan hasil menjelaskan kepada pasien bahwa nyeri yang dirasakan karena tekanan darahnya yang tinggi disebabkan oleh stres yang berlebih. **Pukul 11.30** anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil menganjurkan kepada pasien jika pasien merasakan nyeri bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam seperti yang sudah diajarkan. **Pukul 11.40** menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat dengan hasil menganjurkan pasien rutin meminum obat captopril setiap malam dan jangan putus obat.

b) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi pasien dengan ansietas antara lain: **pukul 09.30** mengkaji tingkat ansietas berubah dengan hasil pasien mengatakan merasa stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien juga merasa stres karena ditinggal oleh anaknya pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena ditinggal pergi merantau dan pasien juga merasa cemas karena penyakit yang dideritanya. **Pukul 09.40** identifikasi kemampuan mengambil keputusan dengan hasil Ny. F.Y mengatakan dirinya berani mengambil keputusan untuk penanganan penyakit hipertensi yang dideritanya dengan rutin mengikuti posyandu lansia serta kontrol ke puskesmas terdekat. **Pukul 09.45** memonitor tanda-tanda ansietas dengan hasil pasien tampak cemas, N: 120x/m. **pukul 09.50** memahami situasi yang membuat ansietas dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk jangan terlalu stres memikirkan penyakit yang dideritanya. **Pukul 09.55** mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil menyuruh pasien meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasien menarik napas melalui hidung kemudian tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut. **Pukul 10.00** anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi dengan hasil menyarankan kepada Ny. FY untuk menceritakan apa yang dirasakan supaya

dirinya tidak memendam sendiri masalah yang dihadapi sehingga bisa mendapatkan solusi. **Pukul 10.20** anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien dan mengingatkan pasien untuk meminum obat tepat waktu.

c) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain: **pukul 10.30** memonitor tekanan darah dengan hasil TD: 180/100 MmHg, N:120x/m, RR: 21x/m, S: 36,0⁰c. **pukul 10.40** monitor status pernapasan dengan hasil tidak ada penggunaan otot bantu napas, RR: 21X/m. 10.50 menganjurkan posisi semifowler dengan hasil menganjurkan kepada pasien agar pada saat tidur bantal ditinggikan agar aliran darah tidak terlalu banyak keotak. **Pukul 10.55** minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk menutup kios di saat mendekati waktu istirahat sehingga bisa beristirahat dengan nyaman. **Pukul 11.00** menganjurkan untuk tetap menjaga pola makan rendah garam (ikan asin, mie instan) makanan bersantan, dan berminyak.

2. Hari kedua rabu 28 mei 2025

a) Diagnosa I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman nyeri antara lain: **pukul 09.00** mengukur tanda-tanda vital

dengan hasil TD: 170/100 MmHg, N:100x/m, RR:21x/m, S: 36,0⁰C.

09.10 mengkaji lokasi karakteristik durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan hasil P: darah tinggi, Q: nyeri yang dirasakan hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 2, T: sesekali, pukul 09,20 mengkaji respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis, **pukul 09.25** mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menyuruh pasien meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasien menarik napas dalam melalui hidung tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut. **Pukul 09.35** kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan) dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk menutup kiosk disaat mendekati waktu istirahat sehingga tidak mengganggu waktu tidur. **Pukul 09.40** fasilitasi istirahat dan tidur dengan hasil meminta kepada pasien untuk beristirahat pada siang hari dan menyarankan kepada pasien untuk tidak begadang pada malam hari. **Pukul 09.50** jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri dengan hasil menjelaskan kepada pasien bahwa nyeri yang dirasakan karena tekanan darahnya yang tinggi disebabkan bahwa nyeri yang dirasakan karena tekanan darahnya yang tinggi disebabkan oleh stres yang berlebih. **Pukul 09.55** anjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil menganjurkan kepada pasien jika pasien merasakan nyeri bisa melakukan teknik

relaksasi napas dalam seperti yang sudah diajarkan. **Pukul 10.00** menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat dengan hasil menganjurkan pasien rutin meminum obat captopril setiap malam dan jangan putus obat.

b) Diagnosa II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pasien dengan ansietas antara lain: **Pukul 10.10** mengkaji tingkat ansietas berubah dengan hasil pasien mengatakan masih merasa sedikit stres karena suaminya yang baru meninggal bulan November tahun 2024, pasien mengatakan sudah tidak terlalu stres dikarenakan anaknya akan pulang tanggal 30 Mei 2025, pasien juga masih merasa cemas karena penyakit yang dideritanya. **Pukul 09.20** identifikasi kemampuan mengambil keputusan dengan hasil Ny. F.Y mengatakan dirinya berani mengambil keputusan untuk penanganan penyakit hipertensi yang dideritanya dengan rutin mengikuti posyandu lansia serta kontrol kepuskesmas terdekat. **Pukul 09.30** memahami situasi yang membuat ansietas dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk jangan terlalu stres memikirkan penyakit yang dideritanya. **Pukul 09.40** mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil: menyuruh pasien meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasien menarik napas melalui hidung kemudian tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut. **Pukul 10.00** anjurkan mengungkapkan perasaan dan

persepsi dengan hasil menyarankan kepada Ny. F.Y untuk menceritakan apa yang dirasakan supaya dirinya tidak memendam sendiri masalah yang dihadapi sehingga bisa mendapatkan solusi. **pukul 10.10** anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien dengan hasil menganjurkan kepada keluarga untuk selalu menemani pasien dan mengingatkan pasien untuk meminum obat secara tepat waktu.

c) Diagnosa III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif antara lain: **Pukul 10.30** memonitor tekanan darah dengan hasil TD: 180/100 MmHg, N:120x/m, RR: 21x/m, S: 36,0⁰c. **Pukul 10.40** monitor status pernapasan dengan hasil tidak ada penggunaan otot bantu napas, RR: 21X/m. **Pukul 10.50** menganjurkan posisi semifowler dengan hasil menganjurkan kepada pasien agar pada saat tidur bantal ditinggikan agar aliran darah tidak terlalu banyak keotak. **Pukul 10.55** minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk menutup kiosk di saat mendekati waktu istirahat sehingga bisa beristirahat dengan nyaman. **Pukul 11.00** menganjurkan untuk tetap menjaga pola makan rendah garam (ikan asin, mie instan) makanan bersantan, dan berminyak.

3. Evaluasi

Hari pertama 27 mei 2025

a) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala pengkajian nyeri

P: Darah tinggi

Q: Nyeri hilang muncul

R: Nyeri dibagian kepala

S: Skala nyeri 3

T: Nyeri hilang muncul (sesekali)

O: Tampak meringis, skala nyeri 3, TD: 180/100MmHg, N: 120x/m, S: 36,0⁰c, RR: 21x/menit.

A: Masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19.

b) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan masih merasa cemas

O : Pasien tampak cemas, TD: 180/100MmHg, N: 120x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah ansietas belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 6, 14, 16, 19.

c) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan mengerti dengan apa yang disampaikan

O : TD: 180/100MmHg, N: 120x/m, S: 36,00c, RR:21x/m.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 2, 10, 13, 15.

Hari kedua 28 mei 2025

a) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang

pengkajian nyeri

P : Darah tinggi

Q : Nyeri yang dirasakan hilang muncul

R : Nyeri dibagian kepala

S : Skala nyeri 2

T : Nyeri dirasakan hilang muncul (sese kali)

O: Meringis berkurang, skala nyeri 2, TD: 170/100MmHg, N:
100x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 2, 3, 10,11, 12, 14, 16, 17, 19.

b) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan masih merasa sedikit cemas

O: Tampak sedikit cemas, TD: 170/100MmHg, N: 100x/m, S:
36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah ansietas sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 1, 3, 6,16, 19.

c) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan tidur malamnya sudah menggunakan 2 bantal dan sudah mulai menjaga pola makan dengan menghindari makanan bersantan, berminyak dan tinggi garam.

O: TD: 170/100MmHg, N: 100x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan nomor 2, 10, 13, 14.

4. Catatan perkembangan hari kamis 29 mei 2025

a) Diagnosa I

S: Pasien mengatakan nyeri kepalanya sudah mulai berkurang

Pengkajian nyeri

P: Darah tinggi

Q: Nyeri yang dirasakan hilang muncul

R: Nyeri dibagian kepala

S: Skala nyeri 1

T: Nyeri yang dirasakan hilang muncul (sesekali)

O: TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,00c, RR:21x/m. skala nyeri 1

A: Masalah gangguan rasa nyaman nyeri belum teratasi

P: Intervensi dipertahankan

I : **Pukul 14.20** mengkaji lokasi karakteristik durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan hasil Pengkajian nyeri P: darah tinggi

Q: nyeri yang dirasakn hilang muncul, R: nyeri dibagian kepala,

S: skala nyeri 1, T: nyeri yang dirasakan hilang muncul

(sesekali), **pukul 14.30** mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil mengajarkan teknik napas dalam dengan menyuruh pasien meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasien menarik napas melalui hidung kemudian tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut. **Pukul 14.40** kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan) dengan hasil menganjurkan kepada pasien untuk menutup kios disaat mendekati waktu istirahat sehingga tidak mengganggu waktu tidur. **Pukul 14.50** menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat dengan hasil menganjurkan pasien rutin meminum obat captopril setiap malam dan jangan putus obat.

E:

S: Pasien mengatakan nyeri kepalanya sudah berkurang

Pengkajian nyeri

P : Darah tinggi

Q : Nyeri yang dirasakan hilang muncul

R : Nyeri dibagian kepala

S : Skala nyeri 1

T: Nyeri yang dirasakan hilang muncul (sesekali)

O: TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,00c, RR:21x/m, skala nyeri 1

A: Masalah gangguan rasa nyaman nyeri sebagian teratasi

P: Intervensi dipertahankan

b) Diagnosa II

S: Pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas lagi karena anaknya akan segera pulang hari jumat tanggal 30 mei 2025 dan sudah tidak terlau cemas memikirkan penyakitnya karena tekanan darah sudah mulai menurun sedikit demi sedikit

O: Tampak tidak cemas, TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah ansietas teratasi

P: Intervensi dipertahankan

I: **Pukul 15.00** mengkaji tingkat ansietas berubah dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas lagi karena anaknya akan segera pulang hari jumat tanggal 30 mei 2025 dan sudah tidak terlau cemas memikirkan penyakitnya karena tekanan darah sudah mulai menurun sedikit demi sedikit, **pukul 15.10** mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menyuruh pasein meletakkan kedua telapak tangan di perut dan menyuruh pasein menarik napas dalam melalui hidung tahan selama 2 detik dalam hitungan ketiga hembuskan secara perlahan melalui mulut.

E:

S: Pasien mengatakan sudah tidak merasa cemas lagi karena anaknya akan segera pulang hari jumat tanggal 30 mei 2025 dan sudah tidak terlau cemas memikirkan penyakitnya karena tekanan darah sudah mulai menurun sedikit demi sedikit

O: Tampak tidak cemas, TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,0⁰ c, RR:21x/m.

A: Masalah ansietas teratasi

P: Intervensi dipertahankan

c) Diagnosa III

S: Pasien mengatakan tidur malamnya sudah menggunakan 2 bantal dan sudah mulai menjaga pola makan dengan menghindari makanan bersantan, berminyak dan tinggi garam.

O: TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi

P: Intervensi dipertahankan

I: **Pukul 15.20** memonitor tekanan darah dengan hasil TD:150/100MmHg, N: 90X/m, RR: 21x/m, S: 36,0⁰c. **pukul 15.25** menganjurkan posisi semifowler dengan hasil menganjurkan kepada pasien agar pada saat tidur bantal ditinggikan agar aliran darah tidak terlalu banyak keotak. **Pukul 15.35** menganjurkan untuk tetap menjaga pola makan rendah garam (ikan asin, mie instan) makanan bersantan, dan berminyak.

E:

S: Pasien mengatakan tidur malamnya sudah menggunakan 2 bantal dan sudah mulai menjaga pola makan dengan menghindari makanan bersantan, berminyak dan tinggi garam.

O: TD: 150/100MmHg, N: 90x/m, S: 36,0⁰c, RR:21x/m.

A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi

P: intervensi dipertahankan.