

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruang penyakit dalam III terdiri dari tiga ruangan dengan kapasitas bed 19, yang terdiri dari ruangan A berjumlah tujuh bed, ruangan B berjumlah tujuh bed dan ruangan C berjumlah lima bed dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 14 orang, dan Keperawatan Ners berjumlah empat orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

2. Pengkajian

Studi kasus dilakukan pada Ny. M yang berumur 58 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam Kamar B Bed tiga.

a. Pengumpulan data

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Juni 2025, pukul 09.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam Tiga (RPD III) RSUD Ende.

1) Identitas

Pasien yang menjadi fokus dalam studi kasus ini adalah Ny. M, seorang perempuan berusia 49 tahun. Pasien berstatus menikah, beragama Islam, dengan tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA), dan berprofesi sebagai Ibu Rumah Tangga (IRT). Pasien berdomisili di Jalan Masjid Agung. Ny. M datang dan menjalani perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan pada tanggal 09 Juni 2025 dengan diagnosa medis Hipertensi. Penanggung jawab pasien adalah

Tn. S, laki-laki berusia 48 tahun, yang berprofesi sebagai wiraswasta dan tinggal di alamat yang sama, yaitu Jalan Masjid Agung. Tn. S merupakan adik kandung dari pasien.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan saat ini

(1) Keluhan utama

Pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing dan sakit.

(2) Riwayat keluhan utama

Pada hari Senin, pukul 06.30 WITA, pasien bersiap-siap untuk berjualan nasi dan gorengan. Pasien menunggu layanan ojek, dan setelah pengemudi ojek tiba, pasien berangkat menuju lokasi berjualan tepatnya di pasar senggol. Dalam perjalanan, pasien mengeluh mengalami pusing berat disertai sensasi vertigo (jalan tampak berputar), sehingga meminta pengemudi ojek untuk menghentikan kendaraan. Setelah beristirahat beberapa menit, pasien melanjutkan perjalanan. Namun, di tengah perjalanan, tepat di pasar senggol pasien kembali mengalami pusing hebat dan meminta berhenti. Ketika ojek berhenti, pasien langsung mengalami kehilangan kesadaran dan jatuh dari kendaraan. Pengemudi ojek kemudian menghubungi keluarga pasien dan membawa pasien ke RSUD Ende untuk mendapatkan penanganan medis.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien dan keluarga mengatakan kepala terasa sangat pusing sekali dan pasien pingsan. Karena pasien pingsan, lalu keluarga mengantarnya ke RSUD Ende pada hari itu juga tepat di jam 07.00 pagi.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan upaya yang dilakukan adalah pasien langsung diantar ke RSUD Ende.

b) Status Kesehatan masa lalu

(1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien dan keluarga mengatakankan bahwa pasien telah menderita hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Selama menjalani penyakit tersebut, pasien belum pernah menjalani perawatan inap di RSUD Ende.

(2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ini pertama kalinya pasien di rawat.

(3) Alergi dan kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan, debu, perubahan cuaca, maupun jenis minuman tertentu. Namun, pasien memiliki riwayat alergi terhadap makanan berupa gurita. Pasien juga menyebutkan bahwa ia sesekali mengonsumsi kopi.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa kedua orang tua pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang diduga bersifat genetik (herediter), sehingga meningkatkan risiko predisposisi hipertensi pada pasien.

d) Diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien telah didiagnosis menderita hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Pasien sebelumnya mendapatkan terapi farmakologis berupa obat captopril yang dikonsumsi pada malam hari. Namun, pasien mengatakan bahwa pasien telah menghentikan konsumsi obat tersebut sejak dua tahun terakhir tanpa pengawasan medis.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen Kesehatan

Pasien dan keluarga menyatakan bahwa saat mengalami gejala ringan seperti pusing, batuk, dan pilek, pasien biasanya tidak dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, apabila gejala tersebut memburuk, menjadi lebih berat, atau mengganggu aktivitas sehari-hari, pasien baru dibawa untuk berobat ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas.

b) Pola nutrisi metabolik

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien memiliki pola makan tiga kali sehari dengan porsi satu piring penuh setiap kali makan, dan makanan selalu dihabiskan. Jenis makanan yang dikonsumsi meliputi nasi, ikan, sayur, telur, tahu, tempe, serta buah-buahan yang dikonsumsi sesekali. Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki pantangan terhadap jenis makanan maupun minuman tertentu. Di rumah, metode pengolahan makanan cenderung menggunakan santan dan ditumis; jarang disajikan dalam bentuk sayur bening. Pasien juga mengatakan mengonsumsi goengan hampir setiap hari. Asupan cairan pasien sebelum sakit tergolong cukup, dengan konsumsi air lebih dari 8 gelas per hari.

Keluarga pasien mengatakan bahwa selama masa sakit, nafsu makan pasien mengalami penurunan. Meskipun frekuensi makan tetap tiga kali sehari, porsi yang dikonsumsi hanya sekitar 3–4 sendok makan. Jenis makanan yang dikonsumsi berupa makanan lunak rendah natrium, dengan variasi lauk harian seperti ikan, ayam, telur, tahu, tempe, sayur berkuah (sup), dan buah pisang. Asupan cairan pasien berupa air mineral (aqua) dalam kemasan botol besar setiap harinya.

c) Pola eliminasi

Pasien menyatakan bahwa sebelum sakit, frekuensi buang air besar (BAB) adalah 1–2 kali per hari dengan konsistensi feses padat, berwarna kuning, dan beraroma khas feses. Tidak terdapat keluhan nyeri saat defekasi. Pasien juga mengatakan frekuensi buang air kecil (BAK) sekitar empat kali dalam sehari dengan warna urine kuning dan aroma khas urine, tanpa disertai nyeri saat miksi.

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa selama masa sakit, frekuensi buang air besar (BAB) satu kali. Konsistensi feses tetap padat, jumlah feses sedikit, dan tidak disertai keluhan saat defekasi. Frekuensi buang air kecil (BAK) berkisar 2–3 kali per hari, dengan warna urine kuning dan aroma khas urin, tanpa keluhan disuria atau gangguan eliminasi lainnya.

d) Pola aktivitas dan Latihan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa sebelum sakit, ia masih mampu beraktivitas seperti biasa, antara lain duduk dan berkumpul bersama keluarga serta bekerja menjual nasi dan gorengan. Namun, pasien mengatakan cepat mengalami kelelahan, pasien tidak berolahraga. Selama masa sakit, aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpindah posisi, dan berpakaian dilakukan dengan bantuan anggota keluarga.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien masih dapat memberikan respons verbal dengan baik saat diajak berkomunikasi. Saat ditanya, pasien mampu mendengar dan memberikan jawaban yang relevan serta koheren. Namun, komunikasi memerlukan suara yang sedikit lebih keras karena pasien mengalami gangguan pendengaran pada telinga bagian kiri berupa sensasi telinga berdengung.

f) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mampu mengenali identitas diri dengan baik, menyebutkan nama lengkapnya (Ny. M), serta mengidentifikasi perannya sebagai ibu rumah tangga. Pasien menyadari bahwa dirinya sedang mengalami kondisi sakit dan menyatakan membutuhkan pengobatan. Saat dikunjungi keluarga, pasien dapat berkomunikasi dengan normal dan menyampaikan keinginannya untuk sembuh serta kembali berkumpul bersama keluarga di rumah. Pasien juga mengungkapkan bahwa selain sebagai ibu rumah tangga, ia memegang peran sebagai kepala keluarga sejak suaminya meninggal dunia satu bulan yang lalu. Namun, sejak mengalami sakit, kebutuhan ekonomi keluarga dibantu oleh anak dan kerabat dekat.

g) Pola tidur dan istirahat

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 2x sehari, di malam hari biasanya pasien tidur di jam 22.00 atau 23.00 dan bangun di jam 03.00 atau jam 05.00, di siang hari pasien tidur di jam 2 siang sampai jam 4 sore. Pasien mengatakan saat sakit tidurnya nyenyak, terkadang terbangun karena sakit kepala pada malam maupun siang hari.

h) Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit, siklus menstruasinya teratur setiap bulan tanpa disertai keluhan seperti keputihan. Selama masa sakit, pasien tidak mengalami gangguan atau keluhan terkait menstruasi.

i) Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa sebelum sakit, pasien memiliki hubungan interpersonal yang baik dengan anggota keluarga, tetangga, serta lingkungan sekitar. Meskipun dalam kondisi sakit, pasien tetap menjalin

hubungan sosial yang harmonis dan mendapat dukungan emosional dari keluarga, tetangga, dan teman-temannya. Selama dirawat, pasien sering dikunjungi oleh kerabat dan sahabat, serta tidak mengalami perlakuan diskriminatif atau pengucilan dari lingkungan sosialnya.

j) Pola toleransi stress-koping

Keluarga pasien mengatakan bahwa apabila menghadapi masalah, pasien cenderung meluapkan emosinya dengan marah-marah. Namun, setelah emosi mereda, pasien akan kembali berkomunikasi secara terbuka dengan anak-anaknya untuk mendiskusikan permasalahan yang dihadapi guna mencari solusi bersama.

Selama masa sakit, pasien mengungkapkan adanya beban pikiran terkait biaya pengobatan di rumah sakit, terutama karena suaminya baru meninggal satu bulan yang lalu dan pasien merasa tidak memiliki sumber keuangan yang jelas untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit, ia rutin mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian dan melaksanakan salat lima waktu. Selama masa sakit, pasien tetap menjalankan praktik spiritual dengan berdoa memohon kesembuhan, namun tidak dapat melaksanakan salat seperti biasanya.

4) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum lemah, tingkat kesadaran Composmentis, GCS :15 (E:4, V:5, M:6), Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, Suhu : 35,9 °C, Nadi : 90 x/m, Pernapasan : 17 x/m, SpO₂ : 96 %. Berat badan saat ini 60 kg, tinggi badan 159 cm, IMT : $BB (Kg)/TB (Cm) \text{ dibawah ke } (M)^2 : 60 / (1,59)^2 = 60 / 2,5281 = 23,7$ (ideal).

Kepala : I : bentuk kepala simetris kiri dan kanan, kulit kepala tampak bersih, rambut tidak rontok dan rambut berwarna hitam. **P :** tidak luka atau edema, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak rontok.

Mata : I : mata simetris kiri dan kanan, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis.. **P :** tidak ada benjolan pada mata dan tidak ada nyeri tekan.

Hidung : I : bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak terpasang oksigen, terdapat bulu-bulu silia. **P :** tidak ada nyeri tekan.

Mulut : I : mukosa bibir lembab, mulut tampak bersih, gigi lengkap tidak ada yang tanggal.

Wajah : I : wajah tampak kurang bersemangat

Leher : I : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak pembesaran kelenjar tiroid. **P :** Tidak ada nyeri tekan

Dada : I : dada simetris kiri dan kanan, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan..**P :** tidak ada pembengkakan pada kedua dada, integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada pembesaran vena jugularis. **P :** Suara paru sonor. **A :** suara napas vesikuler, respirasi 17 x/m.

Abdomen : I : tidak ada luka. **A :** peristaltik usus 20 x/m. **P :** tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati dan lien, **P :** terdapat bunyi timpani.

Ekstermitas atas : I : tangan kanan terpasang infus Ringer laktat 20 tpm, jari tangan lengkap. **P :** akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, CRT : ≤ 3 detik. **Ekstermitas bawah : I :** jari kaki lengkap. **P :** tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, kaki bisa digerakan.

Neurologis

a) Status mental dan emosional

Pasien menerima dirinya apa adanya, tetapi pasien berharap untuk bisa sembuh.

b) Pengkajian saraf kranial

1) Saraf olfaktori

Pasien mengatakan masih mencium segala jenis wewangian dan masih bisa membedakannya.

2) Saraf optik

Pasien mengatakan masih bisa melihat dengan jelas tanpa kabur sedikitpun

3) Saraf okulomotor

Pasien masih bisa menggerakkan kedua bola mata ke kiri dan ke kanan, berkedip dan memfokuskan penglihatan pada satu objek.

4) Saraf troklear

Pasien dapat menggerakkan bola mata keatas dan kebawah serta keluar dan kedalam.

5) Saraf trigeminal

Pasien nampak memberikan sensasi ketika diberikan sentuhan dibagian wajah.

6) Saraf abduksen

Pasien nampak dapat menggerakkan mata keluar, kedalam dan kesamping.

7) Saraf Fasialis

Berfungsi dengan baik pasien masih dapat tersenyum, tertawa, dan mengespresikan wajah.

8) Saraf vestibulokoklear

Pasien mampu mendengar dan menjawab pertanyaan yang ditanyakan dengan baik dan jelas.

9) Saraf glosofaringeal

Pasien mengatakan dirinya mampu menelan dengan baik.

(10) Saraf Aksesoris

Pasien mampu menggerakkan kepala, leher, dan bahu sesuai arahan.

(11) Saraf hipoglosus

Pasien mampu menggerak lidah ke kiri, berbicara dan Menelan masih baik.

c) Keluhan subjektif (nyeri)

P : Pasien mengatakan nyeri muncul karena pasien menderita penyakit darah tinggi

Q : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul

R : Tempat nyeri di bagian kepala

S : Skala nyeri 3

T : Nyeri yang dirasakan 2-3 menit.

5) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan hasil laboratorium Darah Lengkap, pada tanggal 09 Juni 2025

Tabel 4.1 Hasil laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	8.31	[10 ³ /μL]	3.60 -11.00
LYMH#	3.10	[10 ³ /μL]	1.00-3.70
MONO#	0.54	[10 ³ /μL]	0.00-0.70
EO#	0.58	[10 ³ /μL]	0.00-0.40
BASO#	0.01	[10 ³ /μL]	0.00-0.10
NEUT#	4.28	[10 ³ /μL]	1.50-7.00
LYMH%	36.4	[10 ³ /μL]	25.0-40.0
MONO%	6.3	[%]	2.0-8.0
EO%	6.8+	[%]	2.0-4.0
BASO%	0.1	[%]	0.0-1.0
NEUT%	50.4	[%]	50.0-70.0
IG#	0.01	[10 ³ /μL]	0.00-7.00
IG%	0.1	[%]	0.0-72.0
RBC	4.56	[10 ³ /μL]	3.80-5.20

HGB	13.2	[g/dL]	11.7-15.0
HCT	38.0	[%]	35.0-47.0
MCV	83.3	[fL]	80.0-100.0
MCH	28.9	[pg]	26.0-34.0
MCHC	34.7	[g/dL]	32.0-36.0
RDW-SD	35.8	[fL]	37.0-54.0
RDW-CV	11.7	[%]	11.5-14.5
PLT	193	[10 ³ /μL]	150-450
MPV	11.1	[fL]	9.0-13.0
PCT	0.21	[%]	0.17-0.35
PDW	14.5	[fL]	9.0-17.0
L-LCR	34.9	[%]	13.0-430

6) Penatalaksanaan pengobatan

Nama obat	Dosis	Indikasi
Captopril	3x25 mg	Indikasi captopril adalah untuk hipertensi, gagal jantung, dan setelah terjadi infark miokard.
Omeprazole	2x40 mg	mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih.
Mecobolamine	1x5 mg	untuk suplementasi vitamin B12
Candersartan	1x1 mg	untuk menangani hipertensi pada orang dewasa dan anak berusia ≥1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.
Metamizole	2x1 gr/iv	Meredakan nyeri dan menurunkan demam.
Paracetamole	3x1 gr/iv	meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti demam dengue, tifoid, dan infeksi saluran kemih.

b. Tabulasi data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny. M maka dapat di gambarkan sebagai berikut: pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing dan sakit, nyeri kepala pada kepala, telinga bagian kiri terasa berdengung, skala nyeri 3, sifat nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika bergerak. Pasien mengatakan sangat cemas akan biaya rumah sakit. Pasien nampak lemah, semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, makan

pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien mempunyai kebiasaan makan makanan berminyak, hampir setiap hari pasien makan gorengan, pasien sudah 2 tahun tidak minum obat tekanan darah tinggi (captopril), GCS 15, TTV: tekanan darah 175/85 mmHg, nadi 90x/m, Suhu 35,9°C, RR 17 x/m, SpO₂ : CRT ≤ 3 detik, terpasang infus ringer laktat 20 tpm di tangan kanan, Berat badan 60 Kg, tinggi badan 159 cm, IMT 23,7 Kg (ideal).

c. Klasifikasi data

Data subjektif : Pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing dan sakit, nyeri pada kepala, skala nyeri 3, sifat nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika pasien bergerak, lemah, pasien mengatakan sudah 2 tahun pasien tidak mengkonsumsi obat darah tinggi, pasien sering makan gorengan hampir setiap hari. Pasien mengatakan sangat pikiran akan biaya rumah sakit, karena suaminya satu bulan yang lalu meninggal dunia.

Data objektif : pasien tampak lemah, GCS 15, TTV: tekanan darah 175/85 mmHg, nadi 90x/m, Suhu 35,9°C, RR 17 x/m, CRT ≤ 3 detik, terpasang infus ringer laktat 20 tpm di tangan kanan, Berat badan 60 Kg, tinggi badan 159 cm, IMT 23,7 kg (ideal) semua aktivitas pasien seperti makan, mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, wajah tampak menyeringai.

d. Analisa data

Tabel 4.2 Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Faktor risiko : DS : pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing dan sakit DO : pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO ₂ : 96 %	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan,	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

nyeri muncul ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.

DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %

DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal satu bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana.

Krisis
situasional

Ansietas

DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂: 96 %.

DS : pasien mengatakan sudah dua tahun tidak mengkonsumsi obat tekanan darah tinggi (captopil), Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi

Kurang
terpapar
informasi

Defisit
pengetahuan

DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %.

3. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan faktor resiko, Data Subjektif : pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit. Data Objektif : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan Data Subjektif : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. Data Objektif : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. Data Objektif : Pasien tampak gelisah,

Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO₂ : 96 %.

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Data subjektif : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. Data objektif : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO₂: 96 %.

4. Rencana Tindakan keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif
- 2) Nyeri akut
- 3) Ansietas
- 4) Defisit pengetahuan

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan sebagai berikut :

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Tujuan : setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi dengan kriteria hasil : sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi utama : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan darah intrakranial (misalnya :

tekanan darah meningkat).

Rasional : Monitoring tanda/gejala peningkatan TIK dapat membantu mengidentifikasi perubahan klinis yang signifikan dan memungkinkan intervensi yang tepat waktu.

Terapeutik

b) Minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional : Lingkungan yang tenang dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan pada pasien

c) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Posisi semi-Fowler dapat membantu meningkatkan ventilasi paru dengan memperluas kapasitas paru.

Intervensi pendukung : Edukasi diet

d) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan

Rasional : Dengan mengikuti diet sesuai rekomendasi, pasien dapat mencapai keseimbangan nutrisi yang dibutuhkan tubuh, mengurangi risiko komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup. Diet yang tepat membantu menjaga berat badan ideal, mengontrol kadar gula darah, tekanan darah, dan kolesterol, serta mempercepat proses penyembuhan.

e) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

Rasional : Memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai pola diet yang sesuai dengan kondisi kesehatannya.

f) Anjurkan untuk melakukan olahraga

Rasional : Olahraga teratur dapat meningkatkan sensitivitas insulin, menurunkan tekanan darah, memperbaiki profil lipid, serta meningkatkan

sirkulasi darah.

- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis. **Tujuan** : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut teratasi, dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, tekanan darah membaik.

Intervensi : manajemen nyeri

Observasi :

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

Rasional : mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya.

- b) Identifikasi skala nyeri.

Rasional : dengan mengetahui skala nyeri pada pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien dan menentukan intervensi yang tepat.

- c) Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri **Rasional** : dengan mengidentifikasi faktor penyebab nyeri perawat dapat mengetahui faktor pencetus terjadinya nyeri dan cara mengatasinya

Terapeutik

- d) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : teknik nonfarmakologi (napas dalam) dapat mengalihkan pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan

- e) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

Rasional : lingkungan yang tenang dapat menciptakan kenyamanan bagi pasien dan mengurangi rasa nyeri.

f) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : dengan memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dapat istirahat dengan nyaman dan kualitas tidur pasien dapat tercukupi

g) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional : dengan menjelaskan penyebab nyeri, periode, pemicu nyeri, dapat mengurangi kecemasan pasien terhadap nyeri yang dirasakan.

Kolaborasi

h) Pemberian analgetik

Rasional : Dengan memberikan obat analgetik dapat meringankan nyeri yang dirasakan.

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun.

Intervensi : Reduksi ansietas

Observasi

a) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Rasional : dengan memantau tanda-tanda ansietas, individu dapat melakukan identifikasi dini gejala ansietas dan melakukan intervensi yang tepat.

Terapeutik

b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Rasional : suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung membuka diri mereka.

c) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.

Rasional : kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian, jadi kehadiran

seseorang dapat memberikan rasa nyaman dan terdukung menghadapi kecemasan.

d) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional : membantu mengurangi kecemasan pada pasien.

Edukasi

e) Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu

Rasional : kehadiran anggota keluarga memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi kecemasan.

f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan

Rasional : kegiatan pengalihan dapat mengurangi stress dan kecemasan

4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan membaik dengan kriteria hasil verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat.

Intervensi : Edukasi kesehatan

Obesrvasi

a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional : Dengan mengidentifikasi kesiapan pasien dapat menentukan Teknik penyampaian Pendidikan kesehatan.

b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Rasional : Dengan mengindetifikasi faktor-faktor yang meningkatkan motivasi dapat memacu semangat merubah perilaku sehat.

Terapeutik

c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional : Kesempatan bertanya meningkatkan pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan.

d) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: Dengan mengetahui faktor resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah kesehatan.

Edukasi

e) Ajarkan perilaku hidup sehat

Rasional : Dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat meningkatkan kualitas hidup keluarga.

5. Implementasi

Implementasi pada Ny. M dilakukan selama 3 hari pada tanggal 10-12 Juni 2025.

Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan :

1) Hari pertama, Selasa 10 Juni 2025

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan, DS : pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂: 96 %. Pukul 09.00 Mengukur tekanan darah dan tanda vital : Tekanan darah: 175/85 mmHg, suhu : 35,9°C, nadi 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %. Pukul 09.05 memberikan posisi semi fowler : Ny. M mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk yang di anjurkan. Pukul 09.10 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Ny. M nampak terbaring dengan nyaman. Pukul 10.00 memberikan obat oral

captopril 25 mg. Pukul 10.10 menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan hasil : pasien mendengarkan dan memahami. Pukul 10.20 menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang (makan yang rendah garam dan rendah lemak) hasil : pasien memahami. Pukul 10.30 anjurkan untuk sering berolahraga hasil : pasien menyetujui.

b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai. Pukul 09.00 : mengukur tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9°C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96%. Pukul 09.05 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri : Ny. M mengatakan nyeri dirasakan di kepala, nyeri dirasakan 3-5 menit, nyeri terasa seperti ditekan. Pukul 09.10 mengidentifikasi skala nyeri pada Ny.M hasil: dari 1-10 dengan nilai 1-3 nyeri ringan, 4-7 nyeri sedang, 8-10 nyeri berat, Ny. M mengatakan nyeri yang dirasakan 3 nyeri sedang. Pukul 09.15 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meningkatkan nyeri hasil: Ny.M mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak secara tiba-tiba dan saat bangun tidur. Pukul 09.20 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam hasil: Ny. M mengatakan nyerinya masih terasa. Pukul 10.00 kolaborasi pemberian analgetik paracetamol 1mg/IV.

c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien tampak gelisah. Pukul 09.00 mengukur tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, Nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96%. Pukul 09.05 mengidentifikasi saat

tingkat ansietas berubah : pasien mengatakan cemas karena pikir biaya rumah sakit karena kartu BPJS-nya sudah tidak aktif lagi. Pukul 09.10 menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan : suasana dalam keadaan hening. Pukul 09.15 mendengarkan dengan penuh perhatian : pasien menceritakan tentang dirinya sampai cemas. Pukul 09.20 menganjurkan kepada keluarga untuk bersama pasien : pasien ditemani anaknya dua orang. Pukul 09.30 melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas : pasien melakukannya.

- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi. Pukul 09.30 mengidentifikasi kesiapan dan menerima informasi : keluarga dan pasien mengatakan siap menerima informasi. Pukul 10.00 memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang penyakit yang diderita : keluarga bertanya tentang penyebab dari penyakit hipertensi dan masalah apa yang terjadi jika pasien putus obat. 10.10 menganjurkan pada pasien untuk rutin minum obat tekanan darah di rumah sesuai anjuran dokter : pasien berjanji saat di rumah pasien minum obat secara rutin. Pukul 10.30 menjelaskan efek dari mengonsumsi obat tekanan darah tinggi : pasien dan keluarga mengerti dengan apa yang dijelaskan.

2) Hari kedua, Rabu 11 juni 2025

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan : DS : pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %. Pukul 08.00 mengukur tekanan darah : tekanan darah :

180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 98%. Pukul 08.10 menanyakan keluhan yang dirasakan : Ny. M mengatakan kepalanya masih terasa nyeri dan sakit. Pukul 08.20 menyediakan lingkungan yang tenang: Ny. M nampak terbaring dengan nyaman dan tenang. Pukul 09.00 memberikan obat captopril 25 mg. Pukul 09.10 menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan hasil : pasien melakukan.

- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai. Pukul 08.00 mengukur tanda-tanda vital, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 98%. Pukul 08.10 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri : Ny.M mengatakan nyeri terasa di kepala, nyeri terasa seperti di tekan, lamanya nyeri 3-5 menit kualitas nyeri ringan, Pukul 08.20 mengidentifikasi skala nyeri hasil: Ny. M mengatakan dari 1-10 nyeri dirasakan 3 nyeri ringan, Pukul 08.30 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri hasil: Ny.M. mengatakan nyeri dirasakan secara tiba-tiba ketika bergerak dan bangun tidur. Pukul 10.00 memberikan obat paracetamol 1 mg/IV.
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien tampak gelisah. Pukul 08.00 mengukur tanda-tanda vital pada pasien, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20x/m, SpO₂ : 98%. Pukul 08.10 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah : pasien mengatakan cemas karena pikir uang untuk bayar rumah sakit. Pukul 08.20 menciptakan suasana yang

terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan : suasana dalam keadaan hening dan pasien mulai bercerita. Pukul 08.30 mendengarkan dengan penuh perhatian : pasien menceritakan tentang dirinya sampai cemas. Pukul 08.35 menganjurkan kepada keluarga untuk bersama pasien : pasien ditemani anaknya 2 orang. Pukul 09.00 melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas : pasien melakukannya.

d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi. Pukul 08.30 Mengingat kembali kepada pasien informasi kemarin yang telah disampaikan : pasien dan keluarga masih mengingat informasi yang disampaikan. 08.35 Mengingat kembali betapa pentingnya mengonsumsi darah tinggi, pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan. Pukul 09.00 menganjurkan pada pasien untuk rutin minum darah tinggi di rumah sesuai anjuran dokter : pasien berjanji saat di rumah pasien minum obat secara rutin.

6. Evaluasi

1) Hari pertama, Selasa 10 Juni 2025

a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan DS : pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit, DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO₂ : 96 %. Pukul 13.00 **Data Subjektif** : Ny. M mengatakan kepalanya terasa pusing dan nyeri, **data Objektif** : Pasien tampak lemah, tekanan darah : Tekanan Darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO₂ : 97%. **A**: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum

teratasi, **P**: intervensi 1-6 dilanjutkan.

- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai. Pukul 13.00 **Data Subjektif** : Ny.M mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3. **Data Objektif** : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO₂ : 97% **A**: masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi, **P**: intervensi keperawatan 1-6 dilanjutkan.
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien tampak gelisah. Pukul 13.00 Data subjektif : pasien Ny. M mengatakan masih cemas. **Data objektif** : Wajah Ny. M tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik, Tekanan darah : 170/100 mmHg, Suhu : 36,5°C, RR : 19 x/m, SpO₂: 97%. **A** : Masalah ansietas belum teratasi. **P** : intervensi 1-6 dilanjutkan.
- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi. Pukul 13.00 **Data subjektif** : Ny.M mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan. **Data Objektif** : pasien mengerti apa yang disampaikan, mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan, pasien berjanji saat di rumah pasien minum darah tinggi secara rutin, Tekanan darah : 170/100 mmHg, Suhu : 36,5°C, RR : 19 x/m, SpO₂ : 97%. **A** : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. **P** : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.

2) Hari kedua, Rabu 11 Juni 2025

- a) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan DS : pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit, DO : Pasien tampak lemah. Pukul 13.00 : **Data subjektif** : Ny. M mengatakan kepalanya masih terasa berat , pusing dan nyeri berkurang. **Data Objektif** : Tekanan darah : 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 97%. **A** : masalah keperawatan resiko perfusi selebra tidak efektif sebagian teratasi, **P** : intervensi 1-3 dilanjutkan.
- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai. Pukul 13.00 **Data subjektif** : Ny. M mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3. **Data Objektif** : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 97%. **A** : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi, **P** : intervensi keperawatan 1-4 dilanjutkan.
- c) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien tampak gelisah. Pukul 13.00 **Data subjektif** : pasien Ny.M mengatakan masih cemas. **Data objektif** : Wajah Ny.M tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik, Tekanan darah : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 97%. **A** : Masalah ansietas belum teratasi. **P** : intervensi 1-6 dilanjutkan.
- d) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO Pasien

tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi.

Data Subjektif : Ny.M mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan tentang penyebab dari darah tinggi dan rutin minum obat sesuai anjuran dokter. **Data Objektif** : pasien mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan. **A** : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. **P** : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.

7. Catatan perkembangan dilakukan pada hari Kamis, 12 Juni 2025

1) Diagnosa 1

Pukul 09.00 **S** : mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing dan sakit lagi, **O** : wajah Ny. M nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO₂ : 98%. **A** : Masalah keperawatan resiko perfusi perifer tidak efektif teratasi, **P** : intervensi keperawatan dipertahankan Ny. M dinyatakan pulang oleh dokter, **I** : memberikan edukasi kepada Ny. M dan keluarga untuk konsumsi makanan yang tidak mengandung garam tinggi, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak, mengurangi penggunaan penyedap rasa pada masakan seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin dan kontrol kembali kesehatan setiap bulan di fasilitas kesehatan yang ada, menganjurkan pasien untuk sering berolahraga, **E** : Ny. M dan keluarga mengatakan ketika dirumah nanti Ny. M dan keluarga akan mengurangi makanan yang mengandung tinggi garam, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak dan mengurangi penggunaan penyedap rasa seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin, rajin memeriksa kesehatan kefasilitas kesehatan. Masalah resiko perfusi serebral sebagian teratasi, intervensi dilanjutkan.

2) Diagnosa 2

Pukul 09.00 **S** : Pasien mengatakan nyeri di kepala sudah tidak terasa lagi, **O** : wajah nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO₂ : 98%. **A** : masalah keperawatan teratasi, **P** : intervensi keperawatan dipertahankan Ny.M dinyatakan pulang oleh dokter, **I** : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan lakukan selama 3-5 kali untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. **E** : Ny. M dan keluarga menjelaskan kembali teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan ulangi 3-5 kali. Masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan.

3) Diagnosa 3

Pukul 09.00 **S** : pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena BPJS sudah diurus oleh anaknya. **O** : pasien tampak segar, tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO₂ : 98%. **A** : masalah keperawatan ansietas teratasi. **P** : intervensi dipertahankan Ny.M dipulangkan oleh dokter. **I** : Mengajar kepada pasien untuk melakukan teknik pengalihan seperti menonton TV atau melakukan aktivitas yang lain ketika cemas muncul. **E** : Ny. M dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang diajarkan. Masalah ansietas teratasi, intervensi dihentikan.

4) Diagnosa 4

Pukul 09.00 **S** : jam 07.30 wita pasien mengatakan sudah paham. **O** : Keadaan umum baik, pasien mampu menjelaskan penyebab dari hipertensi, tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO₂ : 98%. **A**: Masalah teratasi. **P** : Intervensi dipertahankan. **I** : jam 09:10 wita mengedukasi pasien minum obat darah tinggi di rumah sesuai ajuran dari dokter. **E** : pasien sudah mengerti pentingnya

minum obat darah tinggi dan sesuai anjuran dokter, Masalah defisit pengetahuan teratasi. Intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Pelaksanaan asuhan keperawatan untuk pasien Ny. M yang mengalami masalah Hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan dilihat perbedaan antara teori dan praktik (kasus nyata), yang ditemukan pada Ny. M di RSUD Ende di Ruang Penyakit Dalam (RPD III).

1. Interpretasi dan diskusi hasil

a. Pengkajian

Hasil pengkajian pada pasien Ny. M didapatkan pasien mengatakan kepalanya terasa sangat pusing dan sakit, telinga bagian kiri terasa berdengung, nyeri pada bagian kepala, skala nyeri 3, sifat nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika bergerak. Pasien mengatakan sangat cemas dan gelisah akan biaya rumah sakit. Pasien nampak lemah, semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, sementara untuk makan pasien bisa melakukannya sendiri, tetapi pasien memiliki kebiasaan yang kurang baik yaitu hampir setiap hari makanan yang berminyak, hampir setiap hari pasien makan gorengan, pasien sudah dua tahun tidak minum obat tekanan darah tinggi (captopril). GCS 15, TTV: tekanan darah 175/85 mmHg, nadi 90x/m, Suhu 35,9°C, RR 17 x/m, SpO₂: CRT ≤ 3 detik, terpasang infus ringer laktat 20 tpm di tangan kanan, Berat badan 60 Kg, tinggi badan 159 cm, IMT 23,7 Kg (BB ideal).

Tanda dan gejala yang ada pada kasus berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Yulidasari, et al., (2023). Selain dari tekanan darah meningkat, nyeri, pusing

telinga berdengung, terdapat keluhan leher tegang, sakit dada, jantung berdebar-debar, mudah lelah, dan penglihatan kabur.

Hal ini menunjukkan ada kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada teori terdapat leher tegang, sakit dada, sakit dada dan jantung berdebar-debar, penglihatan kabur, sulit tidur, serta mudah lelah, sedangkan pada kasus pasien hanya mengalami kepala terasa sangat pusing dan sakit, nyeri pada kepala, telinga kiri berdengung, dan gelisah.

Tanda dan gejala seperti pusing, nyeri dan sakit kepala pada pasien Hipertensi terjadi karena peningkatan tekanan di pembuluh darah otak, tekanan ini dapat menyebabkan peregangan atau iritasi pada dinding pembuluh darah yang menstimulasi reseptor nyeri sehingga menimbulkan sakit kepala. Pernyataan ini didukung oleh penelitian dari Kairupan et al., (2025) menyatakan bahwa pusing, sakit kepala dan nyeri kepala, disebabkan oleh kerusakan pada pembuluh darah perifer. Nyeri kepala ini muncul akibat peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di area leher yang mengalirkan darah ke otak. Ketika tekanan darah meningkat menuju otak, hal ini dapat menyebabkan ketegangan pada pembuluh darah tersebut, hal ini dapat menekan serabut saraf dan otot di leher, menyebabkan rasa nyeri atau ketidaknyamanan pada area tersebut.

Pada pasien Hipertensi juga terdapat gejala telinga berdengung. Hal ini terjadi karena pembuluh darah sekitar telinga mengalami penekanan. Tekanan ini dapat menimbulkan aliran darah yang turbelen (bergelombang atau tidak stabil) maka menghasilkan suara berdengung yang terdengar oleh pasien.

Peneliti menyimpulkan alasan tidak ditemukan tanda dan gejala seperti leher tegang dan penglihatan kabur, karena tidak terjadi penekanan intrakranial, sehingga tidak memicu perdarahan pada otak atau pecahnya pembuluh darah otak, maka tanda

dan gejala seperti leher tegang tidak muncul pada kasus, sedangkan tanda dan gejala seperti sakit dada, jantung berdebar-berdebar, mudah lelah dan sulit tidur tidak terjadi karena aliran darah ke otot jantung tidak terganggu atau tidak terjadinya penyempitan pembuluh darah, dan juga gejala tersebut akan muncul ketika sudah ada komplikasi jantung. Pernyataan ini didasari dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada saat proses perawatan pada Ny.M dengan pengobatan yang diberikan seperti obat captopril 3x25 mg dan candersartan 1x1 mg dengan tujuan untuk mengurangi peningkatan tekanan darah tinggi.

b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan salah satu kompetensi perawat yang merupakan *entry point* untuk merumuskan rencana asuhan keperawatan (*nursing care plan*) (SDKI, 2018)

Diagnosa yang ditemukan pada pasien Ny. M adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, ansietas dan defisit pengetahuan, sedangkan diagnosa yang terdapat dalam teori adalah penurunan curah jantung, resiko perfusi serebral tidak efektif, risiko perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, nyeri akut, intoleransi aktivitas, dan ansietas.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan karena diagnosa keperawatan pada teori ada enam diagnosa, dimana ada empat diagnosa yang tidak ditemukan pada pasien yaitu : pada teori terdapat masalah penurunan curah jantung sedangkan Ny. M tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak terdapat sesak napas, nadi perifer teraba lemah, dan $CRT \geq 3$ detik.

Pada teori terdapat masalah keperawatan risiko perfusi perifer tidak efektif sedangkan pada Ny.M tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak

ditemukan masalah keperawatan seperti tidak terdapat pucat, nadi perifer melemah, edema, suhu tubuh meningkat.

Pada teori terdapat masalah keperawatan hipervolemia sedangkan pada Ny.M tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak terdapat sesak napas, edema anasarka atau edema perifer, berat badan meningkat dalam waktu singkat, oliguria, intake lebih banyak daripada output.

Pada teori terdapat masalah keperawatan intoleransi aktivitas sedangkan pada Ny. M tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena pasien masih bisa melakukan aktivitas secara mandiri sehari-hari baik makan, minum, berpakaian, berdandan, toileting, dan berpindah.

Pada kasus nyata ditemukan masalah keperawatan pada pasien Ny.M Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi dikarenakan pasien mengalami sakit dan pusing pada bagian kepala. Hipertensi memengaruhi pembuluh darah dan regulasi aliran darah ke otak sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak yang dapat mengakibatkan kerusakan jaringan pada otak. Penyebab ini diambil berdasarkan kondisi pasien. Pernyataan ini didukung oleh Puspita Sari & Sari, (2022) yang menjelaskan bahwa masalah utama yang sering terjadi pada pasien penderita hipertensi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. Risiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil atau arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga suplai oksigen akan menurun dan peningkatan karbondioksida kemudian terjadi metabolisme anaerob di dalam tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak yang disebabkan karena adanya penyempitan pembuluh darah vaskuler cerebral secara tidak adekuat akibat dari peningkatan tekanan darah vaskuler cerebral

tersebut sehingga menekan serabut saraf otak dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial yang dapat menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak.

Resiko perfusi serebral merupakan diagnosa utama karena hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah di otak, yang pada gilirannya dapat mengurangi aliran darah ke otak. Penurunan perfusi serebral ini dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius, termasuk stroke, kerusakan otak permanen, bahkan kematian.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dikarenakan pada pasien hipertensi mengalami nyeri pada bagian kepala, bersikap protektif (mengindari nyeri), dan tekanan darah meningkat. Hal ini didukung penelitian oleh Rimbawati et al., (2025) yang menjelaskan bahwa nyeri kepala pada penderita hipertensi disebabkan karena kerusakan vaskuler akibat dari hipertensi tampak jelas pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu, akan terjadi penurunan O₂ (oksigen) dan peningkatan CO₂ (karbondioksida) kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak.

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dikarenakan pada pasien mengalami cemas akan biaya pengobatan. Pasien sampai cemas karena kartu BPJS-nya sudah tidak aktif dan suaminya baru meninggal satu bulan yang lalu, dia merasa bingung untuk membayar biaya pengobatan, ditambah lagi anaknya ada empat orang masih kecil semua.

Pada kasus nyata ditemukan masalah keperawatan defisit pengetahuan dikarenakan pasien mengatakan sudah dua tahun tidak minum obat darah tinggi (captopril) dan pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi itu sendiri.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dikarenakan pasien sudah dua tahun tidak minum obat darah tinggi dan pasien bertanya penyebab dari hipertensi. Pengetahuan seseorang sangat penting dalam mengatasi suatu penyakit.

c. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan pencegahan dan pemulihan Kesehatan klien, keluarga, dan komunitas (SIKI, 2018). Terdapat empat intervensi utama dalam kasus pada pasien hipertensi seperti manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen nyeri, reduksi ansietas, dan edukasi kesehatan. Peneliti menggunakan intervensi ini karena dinilai mampu memberikan tindakan yang efektif untuk mengatasi masalah klien dan telah mencapai secara keseluruhan tindakan keperawatan yang dibutuhkan klien.

Intervensi utama yang terdapat dalam teori seperti manajemen peningkatan tekanan intrakranial, manajemen nyeri, reduksi ansietas, pencegahan syok, manajemen hipervolemia, manajemen energi. Kesenjangan ada dalam teori dan tidak ada dalam kasus adalah pencegahan syok, manajemen hipervolemia, manajemen energi sedangkan yang kesenjangan yang ada dalam kasus namun tidak ada dalam teori adalah edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan adalah proses mengajarkan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat (SDKI, 2018). Meskipun tidak terdapat dalam teori penetapan intervensi ini dilakukan oleh peneliti pada kasus Ny.M dengan hipertensi karena memiliki masalah pengetahuan kurang sehingga peneliti menggunakan edukasi kesehatan sebagai rencana tindakan yang akan diberikan pada klien dengan masalah defisit pengetahuan.

Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan keperawatan selama

3x24 jam pada Ny. M diharapkan masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : sakit kepala membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Kriteria hasil ini bisa tercapai dengan melakukan manajemen tekanan intrakranial.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan 3x24 jam pada Ny.M diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri berkurang, meringis berkurang, tekanan darah membaik. Kriteria hasil ini bisa tercapai dengan melakukan manajemen nyeri.

Masalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam pada Ny.M diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : perilaku gelisah menurun, keluhan pusing menurun. Kriteria hasil ini bisa tercapai dengan melakukan tingkat ansietas.

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan Tindakan selama 3x24 jam pada Ny.M diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil : verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat. Kriteria hasil bisa tercapai dengan melakukan edukasi kesehatan.

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi yang dilakukan pada

Ny.M dengan diagnosa medis Hipertensi berdasarkan empat diagnosa yang telah ditemukan selama tiga hari.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi : mengatur posisi semi fowler pada pasien, dengan tujuan membantu mengurangi sesak napas dan meningkatkan kenyamanan pernapasan, hal ini didukung dengan penelitian Prayitno & Kristiyawati (2024) yang mengatakan bahwa posisi semi fowler telah terbukti mengurangi TIK tanpa efek samping yang signifikan pada *cerebral perfusion pressure* (CPP). Posisi semi fowler bertujuan untuk mendorong drainase vena jugularis ke otak tetap lancar. Kepala dan leher dipertahankan dalam posisi netral tanpa rotasi atau posisi fleksi, hal ini akan meningkatkan drainase vena serebral dan mengurangi TIK.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik napas dalam tujuannya mengurangi atau menghilangkan rasa sakit tanpa menggunakan obat-obatan, serta meningkatkan fungsi tubuh yang sakit dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan, pernyataan ini didukung dengan penelitian dari Mauliddia et al., (2022) menjelaskan bahwa teknik ini bertujuan untuk meningkatkan ventilasi alveoli, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress hingga menurunkan tingkat nyeri .Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan selama 15 menit dengan istirahat pendek setiap lima nafas menurunkan tingkat nyeri. Teknik relaksasai napas dalam membuat tubuh menjadi lebih rileks dimana ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, menurunkan ketegangan otot serta penurunan tekanan darah sehingga frekuensi denyut jantung juga mengalami penurunan

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu mendengarkan dengan penuh perhatian. Hal bertujuan membantu pasien merasa didengar, dipahami, dan didukung sehingga mengurangi tingkat kecemasan pasien.

Implementasi yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, dengan tujuan meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pasien hipertensi dalam menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat untuk membantu mengontrol tekanan darah dan mencegah komplikasi, pernyataan ini didukung dengan penelitian dari Putri et al., (2024) menjelaskan bahwa perawat berperan dalam memberikan suatu informasi upaya meningkatkan status kesehatan bagi penderita hipertensi supaya tetap aktif, produktif dan sehat dengan selalu mengontrol tekanan darah dan tetap menjaga pola makanan yang sehat.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dan didapatkan pada hari pertama semua diagnosa keperawatan yang ada pada kasus yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi sebagian teratasi karena masalah keperawatan Risiko perfusi serebral belum teratasi karena kriteria hasil pada perfusi serebral seperti sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik dan tekanan darah diastolik membaik, belum teratasi karena pasien masih mengeluh kepala masih terasa pusing dan sakit, tekanan darah 170/100 mmHg.

Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi karena kriteria hasil pada manajemen nyeri seperti keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, dan tekanan darah membaik belum teratasi karena pasien masih merasakan nyeri kepala, skala nyeri tiga dan tekanan darah 170/100 mmHg.

Masalah keperawatan ansietas belum teratasi karena kriteria hasil pada tingkat ansietas seperti perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun belum teratasi karena pasien masih cemas dan pasien tidurnya masih bolak-balik.

Masalah keperawatan defisit pengetahuan belum teratasi karena pada kriteria hasil seperti verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat belum sebagian teratasi dimana pasien sudah mulai paham dengan apa yang dijelaskan perawat.

Evaluasi keperawatan pada hari kedua didapatkan hasil risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi belum teratasi karena pasien masih merasakan pusing dan sakit kepala, serta tekanan darah masih meningkat 176/100 mmHg.

Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis belum teratasi karena pasien masih merasakan nyeri kepala dan skala nyeri masih tiga. Masalah keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional belum teratasi karena pasien masih merasa cemas. Masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi sebagian karena pasien mampu menjelaskan kembali penyebab dari penyakit yang dialami dan mulai mengikuti anjuran yang diberikan dokter.

Evaluasi keperawatan pada hari ketiga risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi teratasi sebagian, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi teratasi.

2. Keterbatasan studi kasus

Keterbatasan instrumen pengumpulan data, dikarenakan hanya menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah sehingga proses pengkajian seperti data lingkungan rumah didapatkan di luar format pengkajian. Faktor orang atau manusia yang menjadi responden yang hanya fokus pada satu pasien saja sehingga membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya.

3. Implikasi dalam keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini, antara lain :

a. Sebagai pendidik

Pada studi kasus ini ditemukan peran perawat sebagai pendidik, dimana perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait penyakit yang dialami. Dalam hal ini perawat menjelaskan tentang pola hidup sehat dan pentingnya minum obat darah tinggi secara teratur.

b. Sebagai advokat

Pada studi kasus nyata ini ditemukan peran perawat sebagai advokat yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, dimana perawat selalu melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya bertujuan untuk mempercepat proses kesembuhan pasien.

c. Sebagai pemberi perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Ny.M Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi.