

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Samratulangi. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah utara berbatasan dengan: pemukiman penduduk, sebelah barat berbatasan dengan : kali/sungai kering, sebelah selatan berbatasan dengan Jln. Prof.Dr. W.Z. Yohanes RSUD Ende ini terdiri dari beberapa ruangan perawatan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan penyakit dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 19, yang terdiri dari ruangan A berjumlah 7 bed, ruangan B berjumlah 7 bed dan ruangan C berjumlah 5 bed dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Unit Penunjang medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak,

poli gigi dan poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, Ruang rawat kandungan dan kebidanan, Ruang perawatan anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat Intensif Care (ICU), Ruang rawat pavilion dan Ruang perawatan Khusus.

Unit penunjang medis yang terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Ny.W berumur 63 tahun berjenis kelamin perempuan pendidikan terakhir SD tinggal di tetandaru, beragama islam dengan diagnosa medis hipertensi

a. Pengumpulan data

1) Biodata pasien

Pasien berinisial Ny.W berumur 63 tahun beralamat di Tetandaru pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. pasien beragama Islam dan pendidikan terakhir adalah SD. pasien sudah menikah dan memiliki 3 orang anak, tanggal masuk Rumah sakit 09 Agustus 2024 penanggung jawab pasien adalah anaknya sendiri dengan inisial Ny.M umur 42 tahun, pendidikan terakhir adalah SMA pekerjaan wiraswasta.

2) Status kesehatan saat ini

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, badan terasa lemah, pusing dan mual.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan leher terasa tegang sejak 2 hari yang lalu, badan terasa lemah, pusing mual muntah kadang- kadang nyeri atau sakit kepala pada malam hari, mengeluh susah untuk tidur dan sering terbangun karena sakit kepala dan sering terganggu karena ribut.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pasien mengatakan sejak 2 hari yang lalu leher pasien terasa tegang, dan pada tanggal 09 Agustus 2024 pasien merasakan sakit kepala, pusing badan terasa lemah, mual, dan saat di rumah pasien muntah 1x pada jam 00:00 pasien diantar ke RSUD Ende untuk berobat dan dokter langsung menganjurkan pasien untuk di rawat di ruangan RPD III

3) Status Kesehatan Masa Lalu

a) Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakn memiliki riwayat penyakit lambung dan hipertensi pasien memiliki riwayat penyakit lambung sejak 2 tahun yang lalu dan memiliki riwayat penyakit hipertensi dari bulan januari

b) Pernah di rawat

Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di RPD III RSUD Ende. Pasien masuk dengan hipertensi sejak bulan januari.

c) Alergi

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

d) Kebiasaan (merokok /kopi/Alkohol)

Pasien mengatakan sering minum teh dan makan ikan tri ubi kayu, dan suka makan-makanan yang berminyak.

e) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit sama seperti pasien

4) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Pisiko-Sosio-Kultural-Spiritual

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan cemas dengan penyakitnya ingin cepat pulang ke rumah dan berkumpul dengan keluarga.

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit: pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi dihabiskan makan nasi, sayur, dan lauk pasien juga mengatakkn makanan kesukaanya ikan teri, ubi, makanan

yang berminyak, dan makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi. pasien minum air putih dalam sehari 8 gelas. Saat sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari makan bubur, sayur lauk, dengan porsi yang di sediakan rumah sakit pasien makan tidak dihabiskan karena pasien merasa mual. pasien minum air dalam sehari pasien menghabiskan 2 botol Aqua berukuran besar.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan warna kuning, konsistensi lunak tidak ada keluhan saat BAB. pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari warna kuning tidak keluhan saat BAK.

Saat sakit : pasien mengatakan BAB 1x sehari pasien BAB menggunakan pispot dengan warna kuning konsistensi lunak tidak ada keluhan saat BAB.

pasien mengatakan BAK dalam sehari 5 kali sehari pasien BAK menggunakan pampers.

d) Pola aktifitas dan latihan

1) Aktivitas

Sebelum sakit: pasien mengatkan aktivitas klien sebelum sakit bisa dilakuakn sendir seperti makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, berpindah.

Saat sakit : pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu seperti makan, minum, toileting, berpakaian, berpinda.

2) Latihan

Sebelum sakit pasien melakukan aktivitas seperti biasa menyapu, membereskan rumah, dan memasak.

Saat sakit : pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya pasien hanya berbaring ditempat tidur saja semua aktivitas klien dibantu keluarga

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada daya ingatnya klien mengatakan masih bisa mengingat kejadian – kejadian atau peristiwa yang dialami pasien. tidak ada gangguan dalam penglihatan, peraba, perasa dan penciuman.

f) Pola persepsi konsep diri

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan penyakitnya, pasien ingin cepat sembuh dari penyakitnya, dan ingin pulang berkumpul dengan keluarganya. Pasien mengatakan selalu menjalani perannya sebagai ibu rumah tangga dan selalu berperan aktif dalam lingkungan masyarakat.

g) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidur malam mulai jam 21:00-05:00 pagi. sedangkan untuk tidur siang dari jam 13:00-15:00 tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Saat sakit : pasien mengatakan tidur siang 12:00- 14:00 dan pada malam hari pasien mengatakan tidak bisa tidur setiap 2 jam pasien sering terbangun karena sakit kepala dan terganggu karena ribut.

h) Pola peran dan hubungan

Pasien mengatakan hubungan pasien dan keluarga sangat baik begitupun saat pasien dirawat hubungan pasien sangat baik terhadap pasien lainya maupun petugas kesehatan

i) Pola seksual-Reporduksi

Tidak ada gangguan atau kelainan pada reporduksi

j) Pola toleransi stres koping

Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga, pasien mempunyai hubungan baik dengan keluarga, keluarga mendukung kesembuhan pasien, semua masalah dan keputusan pasien selalu menceritakan kepada anak-anaknya.

k) Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan pada setiap hari sealalu melakukan sholat lima waktu pada saat sakit pasien tidak bisa melakukan ibadah tetapi pasien hanya berdoa di atas tempat tidur

5) Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : lemah

Kesadaaraan : komposmentis

GCS: 15 verbal :5, motorik :6, eye:4

b. TTV TD:190/90 mmHg, Nadi :115x/mnt, Suhu: 36,7⁰c RR:

22x/mnt, Spo₂: 99%

c. Berat Badan : 60 kg

Tinggi Badan: 150 cm

$$\text{Indeks Massa Tubuh : } \frac{60 \text{ kg}}{155^2 \text{ cm}} = 2.4025$$

d. Head to toe (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala :

Inspeksi : kulit kepalah tampak bersih, rambut uban,

Rambut ombak, tidak ada luka di sekitar kepala

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

2) Wajah :

Inspeksi : tampak bersih, bentuk wajah simetris, pasien

Tampak pucat

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3) Mata :

Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik.

Bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, kantung mata tampak hitam, tidak ada alat bantu seperti kacamata.

4) Telinga :

Inspeksi: telinga tidak ada serumen, bentuk simetris kiri dan kanan tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

5) Hidung :

Inspeksi : bentuk hidung simetris tidak ada lesi, tidak terpasang O2.

6) Mulut :

Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada sianosis, lidah tidak kotor, tidak ada karies gigi.

7) Leher :

Inspeksi : tampak bersih, terdapat tumor jinak di leher sebelah kiri.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

8) Dada :

Inspeksi : dada bentuk simetris, bersih

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada bunyi napas tambahan

9) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tampak bersih.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : terdengar bunyi timpani.

Auskultasi : bising usus 15x/mnt

10) Ekstermitas :

a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : tangan kanan terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm
di tangan kanan tidak ada kelainan pada ekstermitas atas.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri dan kanan 5
(mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak
penuh, mampu melawan gaya gravitasi

b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak ada edema tidak ada kelainan jari-jari
lengkap.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan
gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang
diberikan).

11) Keluhan subyektif (Nyeri)

P: pasien mengatakan nyeri kepala dirasakan saat pasien
bergerak.

Q: pasien mengatakan nyeri di rasakan seperti tertusuk- tusuk.

R: pasien mengatakan nyeri dirasakan di kepala.

S: skala nyeri 6 (sedang)

T: klien mengatakan nyeri hilang timbul berlangsung kurang
lebih 1 menit.

6) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah lengkap (09 Agustus 2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	11.9	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 /10.0
LYM	1.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.8 /4.0
MID	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	0.1/1.5
GRA	10.2	$10^3/\mu\text{L}$	2.0/7.0
LYM%	5.4	%	20.0/40.0
MID%	5.4	%	3.0/15.0
GRA%	85.9	%	50.0/70.0
RBC	3.70	$10^6/\mu\text{L}$	4.00/5.00
HGB	11.3	g/dL	14.00/16.0
HCT	35.9	%	40.0/54.0
MCU	97.1	fL	80.0/100.0
MCH	30.5	Pg	27.0/34.0
MCHC	31.5	g/dL	32.0/36.0
RDW	12.5	%	11.0/16.0
PLT	233	$10^3/\mu\text{L}$	150/400
MPU	8.1	fL	6.5/12.0

b. Pemeriksaan Faal hati (09 Agustus 2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	22.5	0-35/UL
SGPT/ALT	20.3	4-36 /UL
ALBUMIN	3.57	3.4-.8 g/dL

c. Pemeriksaan faal ginjal (09 Agustus 2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
UREUM	65.8	10-50 mg/dL
CREATININ	1.77	0.6-1.2 mg/Dl

d. Pemeriksaan elektrolit (09 Agustus 2024)

Jenis kelamin	Hasil	Nilai Rujukan
NATRIUM	140,1	135-145
KALIUM	4.33	3.5-5.1
CHLORIDA	114-0	98-106 mmol/L

7) Penatalaksanaan/pengobatan

Nama obat	Dosis	Cara pemberian
Paracetamol	3x1	Iv
Ondansentron	3x1	Iv
Omeprazole	2x1	Iv
Ceftriaxone	2x1	Iv
Amlodipineh	1x10mg	Iv
Captopril	25mg	p.o
Chlorphenamine maleate	4 mg	p.o
Betahistine mesilate	6 mg	p.o
Paracetamol	500 mg	p.o

b. Tabulasi data

Pasien mengatakan leher terasa tegang, badan terasa lemah, pusing, mual, pasien mengatakan makan porsi tidak dihabiskan, pasien mengatakan tidak bisa tidur malam hari pasien selalu terbangun karena kepala sakit dan terganggu karena ribut, pasien mengatakan segalah aktivitasnya di bantu oleh keluarga, klien mengatakan sakit kepala, P: pasien mengatakan nyeri dirasakan saat pasien bergerak Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri dirasakan di kepala S: skala nyeri sedang 6 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan 1 menit TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi : 115x/mnt Suhu : 36,7⁰c keadaan umum:lemah, mata cekung, mata panda pasien tampak meringis, pucat, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm di tangan kanan mukosa bibir kering, pasien tampak lemah, kekuatan otot kanan ekstremitas atas 5 dan kekuatan otot eksterermitas bawah 4

c. Klasifikasi data

Data Subjektif : pasien mengatakan leher terasa tegang, badan terasa lemah, pusing mual, makan porsi tidak dihabiskan pasien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari, pasien selalu terbangun, karena kepala sakit dan sering terganggu karena ribut, pasien mengatakan segalah aktifitasnya dibantu oleh keluarga, pasien mengatakan sakit kepala, P : pasien mengatakan nyeri dirasakan saat pasien bergerak Q: klien mengatakan nyeri di rasakan

seperti tertusuk-tusuk S: sekal nyeri sedang 6 T: pasien mengatakan nyeri di rasakan selama 1 menit

Data objektif : keadaan umum lemah, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tangan kanan, mata tampak cekung mata panda, klien tampak meringgis, pucat terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm ditangan kanan, mukosa bibir kering. Klien tampak lemah, kekuatan otot kanan ekstremitas atas 5 dan kekuatan otot eksterermitas bawah 4
TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi : 115x/mnt Suhu : 36,7⁰c

d. Analisa Data

<i>Sign/symptom</i>	<i>Etiologi</i>	<i>Problem</i>
Ds: pasien mengatakan sakit, P:pasien mengatakan nyeri di rasakan saat pasien bergerak,Q:pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, R:pasien mengatakan nyeri di bagaian kepala,S:skala nyeri 6 sedang,T: pasien mengatakan nyeri dirasakan selama 1 menit Do: pasien tampak meringis,keadaan umum: lemah :TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi :115x/mnt, suhu:36,7 ⁰ c RR:22x/mnt Spo ₂ : 99%,terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tagan kanan	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
Ds: pasien mengatakan leher terasa tegang, sakit kepala,pusing Do: TD :190/90 mmHg,Nadi : 155x/mnt, Suhu:36,7 ⁰ c RR: 22x/ mnt Spo ₂ :99% keadaan umum: lemah, terpasang infus Nacl 0,9 20 tpm	Peningkatan tekanan darah	Risiko perfusi serebral tidak efektif

Ds: pasien mengatakan tidak bisa di malam hari, setiap 2 jam pasien selalu terbangun karena sakit dan karena ribut Do: kantung mata tampak hitam, keadaan umum: lemah, TTV : TD: 190/mmHg nadi 155x/mnt RR:22x/mnt Spo ₂ :99% terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tangan kanan	Hambatan lingkungan	Gangguan tidur	pola
Ds: pasien mengatakan mual, dan makan porsi tidak dihabiskan Do: pasien tampak pucat, keadaan umum : lemah, TTV : TD : 190/90 mmHg Nadi: 115x/ mnt Suhu: 36,7 ⁰ c RR: 22x /mnt SPO ₂ :99% terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tangan kanan	Distensi lambung	Nausea	
Ds: pasien mengatakan badan pasien lemah dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga baik makan, minuman toileting berpakaian Do: kekuatan otot kanan ekstremitas atas 5 dan kekuatan otot eksterermitas bawah 4 keadaan umum: lemah, TTV: TD; 190/90 mmHg Nadi:115x/mnt Spo ₂ :99% terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kanan	Kelemahan	Intoleransi aktivitas	

Prioritas masalah

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah
- Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- Nausea berhubungan dengan distensi lambung

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan.

DS : pasien mengatakan sakit,P:pasien mengatakan nyeri di rasakan

Saat pasien bergera,Q:klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk,

R:pasien mengatakan nyeri di bagian kepala,S:sekala nyeri 6

(sedang),T: pasien mengatakan nyeri diraskan selama 1 menit.

DO:pasien tampak meringis,keadaan umum: lemah kesadaran:

komposmentis GCS :15 TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi :115x/mnt,

suhu:36,7⁰c RR:22x/mnt SpO₂: 99%,terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm

di tangan kanan.

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan leher terasa tegang, sakit kepala, pusing

DO:TD :190/90 mmHg,Nadi : 115x/ mnt, Suhu:36,7⁰c RR: 22x/ mnt

SpO₂ 99% keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 15

terpasang infus Nacl 0,9 20 tpm.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan tidak bisa tidur dimalam hari,setiap 2 jam

klien selalu terbangun karena ribut

DO: kantung mata tampak hitam, keadaan umum: lemah, TTV : TD: 190/mmHg nadi 115x/mnt RR:22x/mnt SpO₂:99% terpasang infus NaCl 0,9%20 tpm di tangan kanan.

d. Nausea berhubungan dengan distensi lambung ditandai dengan

DS: pasien mengatakan mual.

DO: pasien tampak pucat,keadaan umum : lemah, TTV : TD : 190/90 mmHg Nadi: 155x/mnt Suhu: 36,7⁰c RR: 22x /mnt SPO₂:99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS : pasien mengatakan badan pasien lemah dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga baik makan, minuman toileting berpakaian.

DO : keadaan umum: lemah, TTV: TD; 190/90 mmHg Nadi:115x/mnt SpO₂:99% terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kanan.

4. Intervensi keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

DS: pasien mengatakan sakit,P:pasien mengatakan nyeri di rasakan saat pasien bergerak,Q:pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, R:pasien mengatakan nyeri di bagian kepala,S:sekala nyeri sedang 6,T: pasien mengatakan nyeri dirasakan selama 1 menit.

DO : pasien tampak meringis,keadaan umum: lemah TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi :155x/mnt, suhu:36,7⁰c RR:22x/mnt SpO₂: 99%, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tagan kanan.

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun (5), meringis menurun (5), meringgis menurun (5), gelisah menurun (5), kesulitan tidur menurun (5), tekanan darah membaik (5) pola tidur membaik (5).Intervensi : Manajemen Nyeri (1.08238)

1).Identifikasi lokasi karakteristik,durasi frekuensi,kualitas intensitas nyeri.

Rasional: identifikasi karakteristik nyeri merupakan suatu hal yang penting untuk memilih intervensi yang tepat dan mengevaluasi keefektifan dan terapi yang diberikan. 2) Identifikasi skala nyeri Rasional: mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan. 3) Fasilitasi istirahat tidur Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri.

4)Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Rasional: Mengurangi rasa nyeri yang dialami 5). Kolaborasi pemberian analgetik Rasional : pengobatan atasi nyeri

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan

DS: pasien mengatakan leher terasa tegang, sakit kepala,pusing.

DO:TD :190/90 mmHg, Nadi : 115x/ mnt, Suhu:36,7⁰c RR: 22x/ mnt SpO₂ : 99% keadaan umum: lemah, terpasang infus NaCl 0,9 20 tpm.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil: sakit

kepala menurun (5), gelisah menurun (5), kecemasan (5), tekanan darah sistolik membaik (5), tekanan darah diastolik membaik (5).

Intervensi : manajemen peningkatan intrakranial (1.09325)

1). Identifikasi penyebab peningkatan Tik (mis. lesi gangguan metabolisme edema serebral) Rasional: mengetahui penyebab Tik dan segera melakukan tindakan yang tepat 2). Monitor tanda/gejala peningkatan Tik (mis. tekanan darah meningkat tekanan nadi melebar bradikardia pola napas ireguler, kesadaran menurun) Rasional : mengetahui adanya tanda-tanda Tik dan melakukan tindakan yang tepat 3). Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Rasional memberikan kenyamanan bagi pasien 4). Berikan posisi semi fowler Rasional memberikan posisi nyaman bagi klien 5). Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu Rasional : pemberian anti konvulsan dapat membantu mengobati kejang.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS: klien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari, pasien terbangun karena sakit kepala.

DO: kantung mata tampak cekung panda, keadaan umum: lemah, kesadaran kompos mentis, GCS: 15 TTV : TD: 190/mmHg nadi 115x/mnt RR: 22x/mnt SpO₂: 99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : kesulitan tidur menurun (1), keluhan tidak puas tidur menurun (1), keluhan istirahat tidak cukup menurun (1), kemampuan beraktivitas meningkat (1).

Intervensi : Dukungan Tidur (1.09265) 1). Identifikasi pola aktivitas dan tidur. Rasional : untuk mendata masalah yang dialami pasien 2). Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis.kopi, teh, alkohol, makanan mendekati waktu tidur minum air banyak sebelum tidur) Rasional: : untuk mengumpulkan data yang mendukung dalam pemenuhan kebutuhan pasien 3). Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur).Rasional : untuk mengetahui efek samping yang terjadi. 4) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Rasional : agar pasien tau mengenai pentingnya istirahat yang cukup

d. Nausea berhubungan dengan distensi lambung berhubungan dengan

DS: pasien mengatakan mual.

DO: pasien tampak pucat, keadaan umum : lemah kesadaran: komposmentis GCS :15 TTV : TD : 190/90 mmHg Nadi: 155x/ mnt Suhu: 36,7⁰c RR: 22x /mnt SPO₂:99% terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tangan kanan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil: nafsu makan meningkat (5), keluhan mual menurun (5), pucat membaik (5).

Intervensi: Manajemen Mual (1.03117)

1).Identifikasi pengalaman mual. Rasional : mengidentifikasi perasaan mual 2). Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas kinerja, tanggung jawab dan tidur) Rasional: mengidentifikasi pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien. 3).Identifikasi faktor penyebab mual (mis.pengobatan dan prosedur Rasional : mengetahui faktor penyebab mual pasien 4).Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan). Rasional: meminimalkan mual, muntah 5).Anjurkan istirahat yang cukup .Rasional : untuk menghindari efek mual 6). Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali merangsang mual Rasional : untuk meminimalkan efek mual dan mencegah muntah 7). penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis. Biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Rasional : membantu mengurangi efek mual dan mencegah muntah 8). Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu Rasional : untuk mengurangi mual

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS: pasien mengatakan badan pasien lemah dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga baik makan, minuman toileting berpakaian.

DO: : kekuatan otot kanan ekstremitas atas 5 dan kekuatan otot eksterermitas bawah 4, keadaan umum: lemah kesadaran : komposmentis GCS:15 TTV: TD; 190/90 mmHg Nadi:115x/mnt SpO₂: 99% terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kanan.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:keluhan lelah menurun (5), tekanan darah membaik (5).

Intervensi: Manajemen Energi (1.03111)

1) Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: mengetahui gangguan yang dialami pasien akibat kelelahan

2) Memonitor pola jam tidur. Rasional: mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan selama pasien selama melakukan aktivitas

3).Memonitor lokasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional : mengetahui lokasi dan tingkat ketidaknyamanan pasien selama melakukan aktifitas 4). Sediakan lingkungan yang nyaman dan

rendah stimulus (mis. Cahaya suara kunjungan) 5). Fasilitas duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan.Rasional :

memberikan rasa nyaman bagi pasien 6)Anjurkan tirah baring Rasional

:segera mengkaji dan merencanakan kembali tindakan keperawatan

yang bisa diberikan 7). Kolaborasi dengan alih gizi tentang cara

meningkatkan asauapan makanan. Rasional : untuk memaksimalkan

peroses penyembuhan

5. Implementasi keperawatan

a. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama Senin, 12 Agustus 2024

1) Diagnosa keperawatan 1

Jam : 07:50 mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri (Hasil : klien mengatakan nyeri dirasakan dikepala) Jam: 08:00 melayani injeksi paracetamol 3x1/IV Jam:09:00 mengidentifikasi skala nyeri (Hasil :nyeri dirasakan klien dengan skala 6 nyeri sedang) jam 09:10 fasilitasi istirahat tidur (Hasil: menyuruh klien untuk tidur tepat waktu)Jam : 10:20 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) Jam: 12:00 melayani obat oral paracetamol 500 mg

2) Diagnosa Keperawatan 2

Jam 07: 30 mengukur tanda-tanda vital dan mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Hasil : TD=190/90 mmHg , suhu=36,7°C RR= 22x/mnt SPO₂=99%). Jam: 08:00 melayani injeksi amlodipineh 1x10mg /IV,Jam: 09:30 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Hasil: pasien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, pusing) Jam :10:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (Hasil: membatasi jumlah pengunjung) Jam :11:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil: memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan kepala tempat

tidur 45⁰ seperti posisi setengah duduk) Jam: 12:00 melayani obat oral captropil 25 mg.

3) Diagnosa Keperawatan 3

Jam : 08:20 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: pasien mengatakan pasien mengatakan tidak biasa tidur di malam hari setiap 2 jam pasien sering terbangun) Jam: 09:40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur fisik atau psikologis (hasil: pasien mengatakan tidak bisa tidur karena ribut) Jam :10:45 mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur mis. Kopi teh alkohol makanan mendekati waktu tidur minum banyak air sebelum tidur (Hasil: klien mengatakan sebelum tidur klien banyak minum air) Jam : 12:30 memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan kebisingan suhu, matras dan tempat tidur (Hasil: membatasi jumlah pengunjung) Jam : 13:00 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Hasil: menjelaskan kepada klien bahwa tidur yang cukup dapat membangun sistem kekebalan tubuh dan melawan penyakit).

4) Diagnosa Keperawatan 4

Jam : 11:30 mengidentifikasi pengalaman mual (Hasil : pasien mengatakan merasa mual saat klien makan) Jam : 12: 40 mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja, tanggung jawab dan tidur (Hasil: pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan porsi tidak dihabiskan)

Jam:13:00 mengidentifikasi faktor penyebab mual (Hasil: pasien mengatakan klien merasa mual saat klien makan).

5) Diagnosa Keperawatan 5

Jam: 13:10 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, pusing) Jam : 13 20 memonitor pola jam tidur (Hasil : pasien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari maupun setiap 2 jam klien sering terbangun) Jam :13:25 memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas (Hasil: pasien mengatakan saat beraktivitas pasien merasa sakit kepala) Jam: 13 :30 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (Hasil membatasi kunjungan) Jam : 13 :35 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan (Hasil: membantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur) Jam: 13: 40 menganjurkan tirah baring (Hasil: menyuruh pasien untuk berbaring ditempat tidur).

b. Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari kedua Selasa, 13 Agustus 2024.

1) Diagnosa Keperawatan 1

Jam : 07:50 mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi ferkuensi kualitas intensitas nyeri (Hasil : pasien mengatakan nyeri dirasakan dikepala) Jam: 08:00 melayani injeksi paracetamol 3x1/IV Jam: 09:00 mengidentifikasi skala nyeri (Hasil :nyeri diraskan klien

dengan skala 5 nyeri sedang) Jam :09:10 fasilitasi istirahat dan tidur (Hasil: menyuruh pasien untuk tidur tepat waktu) Jam : 10:20 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) Jam: 12:00 melayani obat oral paracetamol 500 mg.

2) Diagnosa Keperawatan 2

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital dan mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Hasil : TD=170/90 mmHg , suhu=36,5⁰c RR=21x/mnt SPO₂=97% pasien mengatakan leher terasa tegang, sakit kepala, pusing.Jam: 08:00 melayani injeksi amlodipine 1x10mg /IV, Jam: 09:30 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Hasil: pasien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, pusing) Jam : 10:00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang (Hasil: membatasi jumlah pengunjung) Jam : 11:00 memberikan posisi semi fowler (Hasil: memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan kepala tempat tidur 45⁰ seperti posisi setengah duduk) Jam: 12:00 melayani obat oral captopril 25 mg

3) Diagnosa Keperawatan 3

Jam : 08:20 mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: klien mengatakan klienn mengatakan tidak biasa tidur di malam hari hari setiap 2 jam klien sering terbangun) Jam: 09:40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur fisik atau psikologis (hasil: pasien

mengatakan tidak biasa tidur karena ribut) Jam :10:45 mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur mis. Kopi teh alkohol makanan mendejati waktu tidur minum banyak air sebelum tidur (Hasil: klien mengatakan sebelum tidur klien banyak minum air) Jam : 12:30 memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan kebisingan suhu, matrasa dan tempat tidur (Hasil: membatasi jumlah pengunjung) Jam :13:00 menjelskan pntingnya tidur cukup selama sakit (Hasil: menjelaskan kepada klien bawa tidur yang cukup dapat membangun sisitem kekebalamn tubuh dan melawan penyakit).

4) Diagnosa Keperawatan 4

Jam : 11:30 mengidentifikasi pengalaman mual (Hasil : pasien mengatakan merasa mual saat pasien makan) Jam : 12:40 menidentifikai dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja, tanggung jawab dan tidur (Hasil: klien mengatakan pasien makan 3x sehari dengn porsi tidak di habiskan Jam: 13:00 mengidentifikasi faktor penyebab mual (Hasil: pasien mengatakan pasien merasa mual saat klien makan).

5) Diagnosa Keperawatan 5

Jam: 13:10 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : pasien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, pusing) Jam : 13 20 memonitor pola jam tidur (Hasil : pasien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari 2 jam

pasien sering terbangun) Jam :13:25 memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas (Hasil: pasien mengatikan saat beraktivitas pasien merasa sakit kepala) Jam: 13 :30 menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (Hasil membatasi kunjungan) Jam : 13 :35 memfasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan (Hasil: membantu klien untuk duduk disisi tempat tidur) Jam: 13: 40 menganjurkan tirah baring (Hasil: menyuruh klien untuk berbaring ditempat tidur).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama dilakuakn Senin, 12 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S: klien mengatakan masih merasakan nyeri pada kepala.

O: klien tampak meringis,sekala nyeri sedang 5 keadaan umum : lemah kesadaran komposmentis, TTV: TD: 180/90 mmHg Nadi : 110x/mnt, suhu: 36,6⁰C, RR: 20x/mnt, SPO₂: 98%

A: masalah nyeri akut belum teratasi.

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 2

Evaluasi dilakuakn pada jam 14:00

S: klien mengatakan masih merasakan sakit kepala,leher terasa tegang dan pusing.

O: keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 15 TTV: TD:

180/90 mmHg, Nadi: 75x/mnt, suhu: 36,6⁰c, RR:20x/mnt, SpO₂: 98 %.

A: masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi.

P: intervensi di lanjutkan

Diagnosa Keperawatan 3

S: klien mengatakan masih belum bisa tidur.

O: mata tampak cekung, mata panda, keadaan umum: lemah, kesadaran

komposmentis, , TTV: TD: 180/90 mmHg Nadi : 110x/mnt, suhu:

36,6⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 98%.

A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P: intervensi dilanjutkan.

Diagnosa Keperawatan 4

S: klien mengatakan masih merasakan mual.

O: klien tampak pucat, keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis,

GCS :15, TTV: TD: 180/90 mmHg Nadi : 110x/mnt, suhu: 36,6⁰c, RR:

20x/mnt, SPO₂: 98%.

A: masalah nausea belum teratasi.

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 5

S: klien mengatakan badan terasa lemah, lelah saat beraktivitas, aktivitas

klien dibantu baik makan,minum, toileting.

O: keadaan umum : lemah kesadaran komposmentis, GCS :15, TD: 180/90

mmHg Nadi : 110x/mnt, suhu: 36,6⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 98%.

A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P: intervensi dilanjutkan

Evaluasi hari kedua dilakukan selasa, 13 Agustus 2024

Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00.

S: klien mengatakan nyeri pada kepala berkurang

O: klien tampak meringis, skala nyeri sedang 5 keadaan umum : lemah

kesadaran komposmentis, TTV: TD: 160/90 mmHg Nadi : 107x/mnt,

suhu: 36,9⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 95%.

A: masalah nyeri akut teratasi sebagian.

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S: klien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang dan pusing, berkurang

O: keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 15 TTV: TD:

160/90 mmHg, Nadi: 107x/mnt, suhu: 36,9⁰c, RR: 20x/mnt, SpO₂: 95%

A: masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 3

S: klien mengatakan masih belum bisa tidur

O: mata tampak cekung, mata panda, keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, , TTV: TD: 160/90 mmHg Nadi : 107x/mnt, suhu: 36,9⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 95%.

A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 4

S: klien mengatakan masih merasakan mual

O: klien tampak pucat, keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, GCS :15,TTV: TD: 160/90 mmHg Nadi : 107x/mnt, suhu: 36,9⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 95%

A: masalah nausea belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

Diagnosa Keperawatan 5

S:klien mengatakan badan terasa lemah, lelah saat beraktivitas, aktivitas klien dibantu baik makan,minum, toileting.

O: keadaan umum : lemah kesadaran komposmentis,GCS :15, TD: 160/90 mmHg Nadi : 107x/mnt, suhu: 36,9⁰c, RR: 20x/mnt, SPO₂: 95%.

A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi.

P: intervensi dilanjutkan

Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan 1

S : klien mengatakan sakit kepala berkurang.

O : meringis berkurang keadaan umum : lemah ,TTV: TD:160/90 mmHg,

Nadi: 105x/mnt, Spo2:97%, suhu : 37,00c, RR: 19x/mnt.

A: masalah teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan

I :1.Melayani injeksi paracetamol 3x1/IV 2.Mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri (Hasil : klien mengatakan nyeri dirasakan dikepala berkurang)3.Mengidentifikasi skala nyeri (Hasil :nyeri dirasakan klien dengan skala 4 nyeri sedang) 4.Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri) 5.Melayani obat oral paracetamol 500 mg

E: klien mengatakan sakit kepala berkurang, meringis berkurang, skala nyeri ringan 3 intervensi dipertahankan

Diagnosa Keperawatan 2

S : klien mengatakan leher terasa tegang, sakit kepala, pusing berkurang.

O : keadaan umum : lemah kesadaran : komposmentis, GCS: 15

TTV: TD:160/90 mmHg, Nadi : 105x/mnt, Spo2 : 97%, suhu: 37,00c

RR: 19x/mnt.

A: masalah teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan

I : 1.Melayani injeksi amlodipineh 1x10mg/IV 2.Mengidentifikasi penyebab peningkatan Tik (Hasil : TD=160/90 mmHg)3.Memonitor tanda dan gejala peningkatan Tik (Hasil:klien mengatakan sakit

kepala, leher terasa tegang, pusing 4. Memberikan posisi semi fowler (Hasil : memposisikan pasien semi fowler dengan menaikkan kepala tempat tidur 45° seperti posisi setengah duduk) 5. Melayani obat oral captopril 25 mg .

E : klien mengatakan leher terasa tegang berkurang, pusing berkurang. TTV: TD: 150/ 90 mmHg, Nadi: 70x/mnt, RR: 19x/mnt suhu : 36,80c, Spo2: 97%.

Diagnosa Keperawatan 3

S: klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak

O: mata tampak cekung, mata panda keadaan umum lemah, kesadaran, TTV: TD: 160/90 mmHg, Nadi: 105x/mnt Spo2: 97%, suhu: 37,00c RR: 19x/mnt Spo2: 96%

A: masalah belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

I: 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur (Hasil: klien mengatakan klienn mengatakan tidak biasa tidur di malam hari maupun siang hari setiap 2 jam klien sering terbangun) 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur fisik atau psikologis (hasil: klien mengatakan susah tidur karena sakit kepala dan leher terasa tegang). 3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan kebisingan suhu, matras dan tempat tidur (Hasil: membatasi jumlah pengunjung) 4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Hasil: menjelaskan kepada klien bahwa tidur

yang cukup dapat membangun sistem kekebalan tubuh dan melawan penyakit).

E: klien mengatakan sudah mulai biasa tidur dengan nyenyak intervensi di pertahankan.

Diagnosa Keperawatan 4

S : klien mengatakan masih merasakan mual

O : klien tampak pucat, keadaan umum lemah, TTV: TD:160/90 mmHg, Nadi:105x/mnt SpO₂:97%, suhu: 37,0⁰C RR: 19x/mnt SpO₂: 96%

A : masalah belum teratasi

P : intervensi di lanjutkan

I : 1.Mengidentifikasi pengalaman mual (Hasil : klien mengatakan merasa mual saat klien makan.2.Menidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja, tanggung jawab dan tidur (Hasil: klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan porsi tidak di habiskan).3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual (Hasil: klien mengatakan klien merasa mual saat klien makan).

E : klien mengatakan mual berkurang, klien tampak pucat intervensi dipertahankan.

Diagnosa Keperawatan 5

S: klien mengatakan, badan klien terasa lemah, aktivitas klien di bantu keluarga seperti makan, minum, berpakaian, toileting.

O : keadaan umum lemah kesadaran komposmentis GCS:15 TTV:
TD:160/90 mmHg, Nadi:105x/mnt Spo₂:97%,suhu: 37,0⁰c RR: 19x/mnt
Spo₂: 96%

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dihentikan

I : 1.Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan sakit kepala, leher terasa tegang, pusing) 2. Memonitor pola jam tidur (Hasil : klien mengatakan tidak bisa tidur di malam hari maupu siang hari setiap 2 jam klien sering terbangun) 3. Memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas (Hasil: klien mengatkan saat beraktivitas klien merasa sakit kepala) 4. Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (Hasil membatasi kunjungan) 5. memfasilitasi duduk disisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan (Hasil: membantu klien untuk duduk disisi tempat tidur) 6. menganjurkan tirah baring (Hasil: menyuruh klien untuk berbaring ditempat tidur).

E : klien mengatakan sudah biasa makan sendiri intervensi di pertahankan.

B. Pembahasan

Penelitian studi kasus dilakukan mulai dari tanggal 12, Agustus sampai dengan tanggal 14, Agustus 2024. Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus di kaitkan dengan konsep teori dan studi kasus sebelumnya. dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan peroses keperawatan yang

meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.W berumur 63 tahun dengan diagnosa medis hipertensi ditemukan data pasien mengatakan leher terasa tegang, badan terasa lemah, pusing, mual, pasien mengatakan tidak bisa tidur malam hari pasien selalu terbangun karena kepala sakit dan terganggu karena ribut, pasien mengatakan segala aktivitasnya dibantu oleh keluarga, klien mengatakan sakit kepala, P: pasien mengatakan nyeri dirasakan saat pasien bergerak Q: pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: pasien mengatakan nyeri dirasakan di kepala S: skala nyeri sedang 6 T: pasien mengatakan nyeri dirasakan 1 menit TTV: TD: 190/90 mmHg, Nadi : 83x/mnt Suhu : 36,7⁰c keadaan umum: lemah, mata cekung, mata panda pasien tampak meringis, pucat, terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm di tangan kanan mukosa bibir kering, pasien tampak lemah, kekuatan otot kanan ekstremitas atas 5 dan kekuatan otot ekstermitas bawah.

Menurut Wahyuni, E. S.(2018), tanda dan gejala hipertensi Sakit pada bagian belakang kepala, Leher terasa kaku, Mudah lelah, Tekanan darah meningkat, Mual, Sesak, Gelisah, Muntah, Sulit tidur, Pandangan jadi kabur karena adanya kerusakan pada otak, mata, jantung, dan ginjal.

Berdasarkan data tersebut bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak ditemukan pada kasus dengan hipertensi yaitu sesak nafas, penglihatan kabur, namun sakit kepala, leher terasa tegang, mual, muntah, sulit tidur di temukan dalam kasus nyata dan teori Wahyuni, E.S. (2018), hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan pada manifestasi klinis pada Ny. W karena pasien belum pernah melakukan pemeriksaan sebelumnya. Proses pengkajian ini menggunakan teknik observasi dan wawancara kepada pasien.

Nyeri dada tidak terjadi pada Ny. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Wahyuni, E.S (2018) pada teori mengatakan gejala nyeri dada yang dialami penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini dapat terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Ini dibuktikan dalam penelitian Ira Dwi Novriyanti (2014) mengatakan nyeri dada presentasinya cukup tinggi pada pasien sehingga mengalami penyakit jantung hipertensi. Hal ini tidak terjadi pada kasus Ny. W.

Sesak napas tidak terjadi pada kasus Ny. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Wahyuni, E.S.(2018) pada teori mengatakan gejala sesak napas yang dialami penderita hipertensi dapat mengalami keluhan sesak napas. Keadaan ini terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah. Hal ini tidak terjadi pada kasus Ny. W.

Penglihatan kabur dan mata berkunang-kunang tidak terjadi pada Ny.W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi & dkk (2022), mengatakan pada hipertensi berat akan terjadi retinopati dimana tekanan darah yang tinggi menyebabkan kerusakan pembuluh darah retina karena penyumbatan darah pada arteri dan vena retina. Pada Ny.W tidak terjadi komplikasi retinopati karena mendapatkan perawatan dan penanganan yang cepat dengan pemberian obat captopril 3 x 25 mg/Iv dan amlodipine 1 x 10 mg/Iv, menganjurkan untuk menerapkan pola hidup sehat pada pasien serta menganjurkan diet hipertensi untuk menjaga agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah pasien. Pasien diharapkan untuk minum obat secara teratur dan rajin untuk cek kesehatan ke dokter.

2. Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu sign/symtom etiologi problem ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus.pada diagnosa terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yaitu pada diagnosa teori terdapat resiko penurunan curah jantung, hipervolemia, resiko jatuh, diagnosa tersebut tidak ditemukan pada kasus nyata dikarenakan tidak ada tanda dan gejala yang muncul maupun data yang mendukung diagnosa tersebut sedangkan pada kasus nyata ditemukan diagnosa tambahan yaitu: Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan DS: klien mengatakan tidak bisa tidur dimalam hari, pasien

terbangun karena sakit kepala. DO: kantung mata tampak cekung panda, keadaan umum: lemah, kesadaran komposmentis, GCS: 15 TTV : TD: 190/mmHg nadi 83x/mnt RR: 22x/mnt SpO₂: 99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kanan. Nausea berhubungan dengan distensi lambung berhubungan dengan DS: pasien mengatakan mual. DO: pasien tampak pucat, keadaan umum : lemah kesadaran: komposmentis GCS :15 TTV : TD : 190/90 mmHg Nadi: 83x/ mnt Suhu: 36,7⁰c RR: 22x /mnt SPO₂:99% terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

3. Intervensi/Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi yang ada diteori tidak semua ditetapkan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk mengatasi masalah tersebut.

Pada intervensi nyeri akut intervensi yang tidak dilakukan adalah Nyeri Akut intervensi yang tidak dilakukan identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Resiko perfusi serebral tidak efektif yang tidak dilakukan adalah monitor status pernapasan, monitor CPV (*Central Venous Pressure*), monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*), cegah terjadinya kejang.

Intoleransi aktifitas intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan aktifitas rentang gerak pasif dan aktif, berikan distraksi yang menyenangkan

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah Nyeri akut, resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan pola tidur, nausea, intoleransi aktifitas. maka tindakan yang dilakukan yaitu :

- a. Nyeri Akut. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. kebisingan). Fasilitasi istirahat dan tidur. Penatalaksanaan obat-obatan: penatalaksanaan pemberian terapi obat paracetamol 3x1 gr/Iv.
- b. Resiko Penurunan Curah Jantung. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema). Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu), Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.

- c. Gangguan Pola Tidur. Identifikasi pola dan jam tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur. Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan). Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.
- d. Nausea. Identifikasi pengalaman mual. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup. Identifikasi faktor penyebab mual. Anjurkan istirahat yang cukup.
- e. Intoleransi Aktivitas. Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Anjurkan tirah baring. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, teratasi sebagian, resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian dapat teratasi gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dapat teratasi, nausea berhubungan dengan Distensi lambung sebagian teratasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan sebagian dapat teratasi

