

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Puskesmas kanatang merupakan salah satu desa dikecamatan kanatang yang merupakan bagian dari wilayah kerja Puskesmas Kanatang Kabupaten Sumba Timur. Provinsi Nusa Tenggara Timur yang berjarak sekitar 6 km dari Ibu Kota Waingapu dengan jumlah penduduk 6.599 jiwa yang terdiri dari jenis kelamin laki –laki 3.223 jiwa dan jenis kelamin perempuan sebanyak 3.376 jiwa serta jumlah KK 1.380 KK. Luas wilayah sebesar 279,4 km dengan batas Wilayah Kelurahan Temu: Sebelah Utara adalah desa Kuta, Sebelah Selatan berbatasan dengan Desa Mbatakapidu, Sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Hambala, Sebelah Barat berbatasan dengan Desa Palindi Tana Barat.

4.2 Data Asuhan Keperawatan

Peneliti menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan medikal bedah secara langsung dengan melakukan kunjungan rumah pasien Ny. D dengan tipe keluarga inti dan jumlah anggota keluarga 4 orang.

4.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian studi kasus pada pasien Ny. D di wilayah kerja puskesmas kanatang.

a. Pengkajian

Tabel 4. 1 Pengkajian Pada Klien

Data Anamnesa	Klien
Identitas Klien	Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Februari 2025, pasien atas nama Ny. D, berusia 36 tahun, jenis kelamin Perempuan, suku/bangsa Sumba/Indonesia, beragama Katolik, pekerjaan Ibu Rumah Tangga, pendidikan SMP, dan bertempat tinggal di Kanatang.
Keluhan utama	Pasien mengatakan mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan. Skala nyeri 4.
Riwayat Kesehatan penyakit sekarang	Ny. D mengatakan pada tahun 2024 pasien melakukan pemeriksaan di Puskesmas Kanatang dan di diagnosakan dokter mengalami hipertensi. Saat di lakukan pengkajian, pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan, sulit tidur pada malam hari. pasien tampak gelisah,tampak meringis.
Riwayat Kesehatan keluarga	Pasien mengatakan tidak memiliki anggota keluarga dengan penyakit yang sama.
Riwayat Kesehatan lingkungan	Pasien mengatakan di belakang rumah klien terdapat kandang babi dan di sekitaran rumah terdapat beberapa pohon.
Sosial/Interaksi dan Spiritual	Pasien mengatakan dukungan keluarga dan masyarakat kurang, saat dilakukan pengkajian pasien tampak kooperatif dan tidak terjadi konflik. Pasien percaya bahwa penguasa kehidupan dan sumber kekuatan saat ini adalah Tuhan Yesus. Ritual keagamaan yang diharapkan saat ini adalah berdoa, orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yaitu rohaniawan. Pasien mengatakan tidak ada upaya Kesehatan yang bertantangan dengan keyakinan agama dan pasien percaya bahwa Tuhan akan menolong

dalam menghadapi situasi saat ini. Pasien mengatakan bahwa penyebab penyakit saat ini adalah karena sistem kekebalan tubuh pasien yang mengalami penurunan sehingga pasien mudah terserang penyakit.

Pola Fungsi Kesehatan

Pola kognitif-presepsi	Sebelum sakit pasien menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab tersebut.
Pola Nutrisi-Metabolik Antropometri	Sebelum sakit berat badan pasien 47 Kg, tinggi badan 158 cm dan IMT 18,8 (berat badan normal). Setelah sakit berat badan pasien 47 Kg, tinggi badan 158 cm dan IMT 18,8 (berat badan normal).
Clinical	Sebelum sakit tanda-tanda klinis rambut pasien hitam, tebal dan tampak bersih, tugor kulit Kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir lembab berwarna merah muda, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di atas permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis. Setelah sakit rambut pasien tampak hitam, tebal dan tampak kotor, tugor kulit Kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir tampak kering, pucat, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis.
Diet (makan dan minum)	Sebelum sakit pasien mengatakan nafsu makan baik, jenis makanan yang di konsumsi nasi, sayur, telur dan kadang juga daging, pasien menyukai semua jenis makanan, pantangan atau alergi tidak ada, frekuensi makan 3x/hari (porsi makan dihabiskan) dan pasien tidak menjalani diet. Setelah sakit nafsu makan menurun, jenis makanan yang di konsumsi nasi, sayur dan ikan, frekuensi makan 3x/hari (porsi makan tidak dihabiskan) dan pasien tidak menjalani diet. Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien

	mengatakan minum air sebanyak 4-5x/hari, 250 liter (dalam sekali minum) dan jenis minuman air putih
Pola eliminasi (BAK dan BAB)	Pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil 4-5x/hari, warna kuning bening, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu. Setelah sakit pasien buang air kecil sebanyak 4-5x/hari, warna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu. Pasien mengatakan sebelum sakit buang air besar 2x/hari, konsistensi lembut mudah dikeluarkan, waktu pagi dan malam hari, warna kuning, tidak ada keluhan serta tidak menggunakan alat bantu dan laxative. Setelah sakit pasien buang air besar sebanyak 2x/hari, konsistensi padat mudah dikeluarkan, waktu tidak menentu, warna kecoklatan, tidak ada keluhan serta tidak menggunakan alat bantu dan laxative.
Personal hygiene	Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, cuci rambut 2x/minggu, mengganti pakaian 2x/hari dan penampilan umum pasien bersih dan rapi. Setelah sakit pasien mandi 2x/hari, sikat gigi 2x/hari, cuci rambut 2x/minggu, ganti baju 2x/hari dan penampilan umum pasien tampak kusam dan berantakan.
Pola istirahat dan tidur	Pasien mengatakan sebelum sakit tidur malam 7 jam, frekuensi tidur 1x/hari, ritual/kebiasaan tidur adalah berdoa dan tidak memiliki keluhan. Setelah sakit pasien tidur malam 5-6 jam, tidur siang 2-3 jam, frekuensi tidur 2-3x/hari, ritual/kebiasaan tidur adalah berdoa dan pasien mengalami kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak napas.
Pola peran dan hubungan	Sebelum sakit pasien mengatakan dapat menjalankan tugas dan tanggung jawaban sebagai ibu rumah tangga. Setelah sakit pasien tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga.
Pola koping toleransi stres	Pasien mengatakan setelah sakit pasien merasa cemas

sehubungan dengan keadaan saat ini dan tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai pelajar, pasien mempercayakan pengobatan kepada tenaga kesehatan dan mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga.

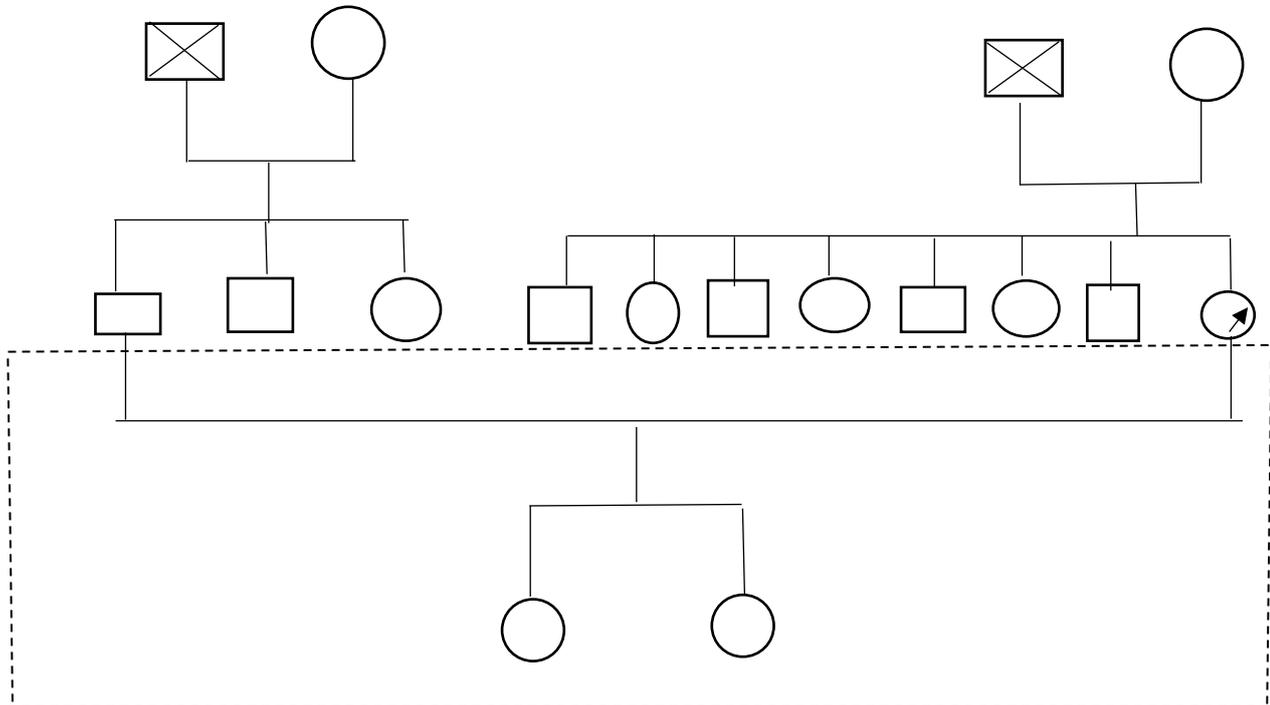
b. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

Tabel 4. 2 Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum	pasien tampak sakit nyeri pada kepala tepatnya di sebelah kanan, dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu suhu S : 36,8 °C, N : 76 ^x / _{mnt} , TD : 140/80 mmHg, dan RR 22 ^x / _{mnt} .
Pernapasan (B1 : breathing)	Saat dilakukan pemeriksaan pada sistem pernapasan tidak terdapat deviasi trackea, tidak terdengar suara napas tambahan ronchi +/- , pola napas normal, irama napas teratur, bentuk dada normal chest, dan teraba vokal frimitus pada semua lapang paru.
Cardiovaskuler (B2 : Bleeding)	Pasien mengatakan tidak ada nyeri dada, pusing, kram kaki, palpitasi, tidak terlihat <i>clubbing finger</i> . Saat di auskultasi terdengar suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak terdapat kelainan dan tidak terlihat <i>ictus cordis</i> .
Persyarafan (B3 : Brain)	Pasien dengan tingkat kesadaran <i>Composmentis</i> (CM) dengan nilai GCS 15 (E ₄ V ₅ M ₆)
Kepala dan wajah	Tidak terdapat lesi di kepala dan wajah serta tidak terdapat edema. Mata tampak simetris, sklera putih bersih, conjungtiva merah muda, pupil isokor, pada leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak terdapat jejas. P : pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : nyeri pada kepala sebelah kanan S : skala 4 (nyeri ringan) T : nyeri muncul hilang timbul
Presepsi sensori	Pasien dapat mendengar dengan jelas, telinga kiri dan kanan tampak bersih, tidak terdapat cairan serta dapat mendengar dengan jelas. Pasien dapat membedakan bau seperti : bau kopi dan parfum, pasien juga dapat membedakan rasa pahit, asin, asam serta manis dan pasien dapat merasakan panas, dingin dan dapat merasakan tekanan pada permukaan kulit.
Perkemihan-Eliminasi Urin (B4: Bladder)	Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK sebanyak 3-4 x, warna kuning pekat, bau amoniak dan tidak terdapat gangguan eliminasi urin seperti <i>poliuri</i> , <i>dysuri</i> dan pasien tidak terpasang kateter.

Gambar 4.1 genogram 3 turunan

Gambar 4. 1 Genogram bagan 3 turunan



Ket:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Hubungan Pernikahan
-  : Keturunan
-  : Tinggal Serumah
-  : Pasien Laki-Laki
-  : Pasien Perempuan
-  : Meninggal Laki-Laki
-  : Meninggal Perempuan

1. Klasifikasi Data (Data Fokus)

Tabel 4. 3 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
- Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebla kanan	a. Keadaan umum : pasien tampak sakit sedang
- P : pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas	b. Kesadaran: <i>composmentis</i>
- Q : nyeri seperti di tususl-tusuk	c. Pasien tampak meringis
- R : nyeri pada kepala sebelah kanan	d. Tanda tanda Vital TD : 140/80 MmHg N : 76x/mnt S : 36,8 RR :22x/mnt
- S : skala 4 (nyeri ringan)	
- T : nyeri muncul hilang timbul)	

2. Analisa data

Tabel 4. 4 Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH (Problem)	PENYEBAB (Etiologi)
DS : a. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan b. P : pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas c. Q : nyeri seperti di tususl-tusuk d. R : nyeri pada kepala sebelah kanan e. S : skala 4 (nyeri ringan) f. T : nyeri muncul hilang timbul)	Nyeri Akut	Fisiologis (Iskemia)
DO : a. Keadaan umum : sakit sedang b. Kesadaran: <i>composmentis</i> c. Pasien tampak meringis d. Tanda tanda Vital e. TD : 140/80 MmHg f. N : 76x/mnt g. S : 36,8 h. RR :22x/mnt		

3. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 5 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan fisiologis (Iskemia) (D.0077)

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan fisiologis (Iskemia) (D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x60 menit di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri (Menurun) 2) Meringis (Menurun) 3) Kesulitan tidur (Menurun) 4) Tekanan darah (Membaik)	<u>Manajemen Nyeri (I.08238)</u> <u>Observasi:</u> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <u>Terapeutik:</u> 1. Berikan teknik nonfarmakologis 2. Fasilitas istirahat dan tidur <u>Edukasi:</u> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	<u>Manajemen Nyeri (I.08238)</u> <u>Observasi:</u> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri <u>Terapeutik:</u> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis 2. Memfasilitas istirahat dan tidur <u>Edukasi:</u> 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

5. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 4. 7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi (SOAP)
1.	Senin, 17 Februari 2025 15.20	Nyeri Akut berhubungan dengan fisiologis (Iskemia) (D.0077)	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon : <ol style="list-style-type: none"> Lokasi : Kepala sebelah Kanan Karakteristik : nyeri menusuk Durasi : kurang dari 6 minggu hingga 6 bulan Frekuensi : nyeri saat beaktifitas Kualitas : nyeri seperti di tusuk-tusuk Intensitas : skala nyeri 4 Mengidenntifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 4 dan tampak meringgis Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam Respon : pasien mengikuti arahan yang diberikan Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Respon : TD : 140/70 MmHg S : 36,9°C N : 97x/menit RR : 22x/menit Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam respon : pasien dapat memahami Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam Respon hasil : pasien dapat mengikuti anjuran yang diberikan 	<p style="text-align: center;"><u>Senin, 17 Februari 2025</u> <u>Hari ke -1</u></p> <p>S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan dan sulit tidur P: Pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan S: Skala 4 (nyeri ringan) T: Nyeri muncul hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis Tanda-tanda vital TD: 140/70 MmHg S: 36,9 N: 97x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Nyeri Akut Belum Teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Mengidentifikasi skala nyeri

			7. Pemberian obat sesuai dengan resep dokter Respon hasil : amlodipine	3. Memeriksa tanda-tanda vital
2.	Selasa, 18 Februari 2025 15.00	Nyeri Akut berhubungan dengan fisiologis (Iskemia) (D.0077)	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Respon :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lokasi : Kepala sebelah Kanan Karakteristik : nyeri menusuk Durasi : kurang dari 6 minggu hingga 6 bulan Frekuensi : nyeri saat beaktifitas Kualitas : nyeri seperti di tusuk-tusuk Intensitas : skala nyeri 4 <p>2. Mengidenntifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 4 dan tampak meringgis</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam Respon : pasien mengikuti arahan yang diberikan</p> <p>4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Respon : TD : 140/70 MmHg S : 36,9°C N : 97x/menit RR : 22x/menit</p> <p>5. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam respon : pasien dapat memahami</p> <p>6. Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam Respon hasil : pasien dapat mengikuti anjuran yang diberikan</p> <p>7. Pemberian obat sesuai dengan resep dokter Respon hasil : amlodipine</p>	<p><u>Selasa, 18 Februari 2025</u> <u>Hari ke -2</u></p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang berkurang setelah melakukan terapi relaksasi napas dalam. P: Pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan S: Skala 3 (nyeri ringan) T: Nyeri muncul hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis Tanda-tanda vital TD: 130/90 MmHg S: 36,5 N: 98x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Nyeri Akut Teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Memeriksa tanda-tanda vital
3.	Rabu, 19 Februari 2025 15.00	Nyeri Akut berhubungan dengan	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	<p><u>Rabu,19 Februari 2025</u> <u>Hari ke -3</u></p>

fisiologis (Iskemia) (D.0077)	<p>Respon hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lokasi : Kepala sebelah Kanan b. Karakteristik : nyeri menusuk c. Durasi : kurang dari 6 minggu hingga 6 bulan d. Frekuensi : nyeri saat beaktifitas e. Kualitas : nyeri seperti di tusuk-tusuk f. Intensitas : skala nyeri 4 <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : skala nyeri 4 dan tampak meringgis 3. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam Respon : pasien mengikuti arahan yang diberikan 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Respon : TD : 140/70 MmHg S : 36,9°C N : 97x/menit RR : 22x/menit 5. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri mengajarkan teknik relaksasi napas dalam respon : pasien dapat memahami 6. Mengajarkan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam Respon hasil : pasien dapat mengikuti anjuran yang diberikan 7. Pemberian obat sesuai dengan resep dokter Respon hasil : amlodipine 	<p>S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala pada bagian belakang berkurang setelah melakukan terapi relaksasi napas dalam.</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri saat beraktivitas</p> <p>Q: nyeri seperti tusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan</p> <p>S: Skala 3 (nyeri ringan)</p> <p>T: nyeri muncul hilang timbul</p> <p>O: Dapat tidur dengan baik Tanda-tanda vital TD: 130/90 MmHg S: 36,5 N: 100x/menit RR: 20x/menit</p> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
----------------------------------	--	--

4.3 Pembahasan

Pada tahap ini penulis akan membahas hasil studi kasus yang di peroleh antara konsep teori dan hasil penelitian. Berdasarkan pengkajian pada Ny. D tanggal 17 Februari 2025. masalah keperawatan yang ditegakkan yaitu Nyeri Akut pada kasus Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kandat. kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan proses sistematis dalam upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dari berbagai sumber untuk menilai dan menentukan kondisi Kesehatan pasien saat ini. data yang dikumpulkan meliputi biopsikososial dan spiritual (Veneranda & Kenjaplun, 2021).

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien Ny Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien di dapatkan data bahwa adanya keluhan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya di sebelah kanan, Skala nyeri 4, terlihat meringgis -sulit tidur. Dan hasil pengkajian pada klien Tekanan Darah: Tekanan Darah: 140/90 MmHg, Suhu: 36,9, Nadi: 97x/menit, RR: 20x/menit. Gejala yang timbul pada hipertensi yaitu: Sakit kepala, Penglihatan kabur, pusing dan sulit tidur. Menurut asumsi peneliti terdapat kesamaan antara teori bahwa pemberian teknik relaksasi napas dalam pada pasien hipertensi ini dapat membantu menurunkan nyeri pada kepala.

Sehingga perempuan lebih berisiko untuk menderita Hipertensi. Hal ini sesuai dengan penelitian menurut Singalingging (2021), didapatkan bahwa rata-rata perempuan akan mengalami peningkatan risiko tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah menopause yaitu usia diatas 45 tahun. Perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolesterol HDL rendah dan tingginya kolesterol LDL (Low Density Lipoprotein) mempengaruhi terjadinya proses aterosklerosis. Setelah umur 55 tahun perempuan melampaui laki-laki sebabnya tidak terlalu jelas tetapi dapat disebabkan karena perempuan dilindungi hormon kewanitaan selama masa produktivitas (Syamsu et al., 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana Hiper yang artinya berebihan, dan Tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal (Musakkar & Djafar, 2021). Seseorang dinyatakan hipertensi apabila seseorang memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan ≥ 90 untuk tekanan darah diastolik ketika dilakukan pengulangan.(Djafar, 2021).

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap respon klien mengenai permasalahan kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialaminya, baik secara aktual maupun potensial, dengan tujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas dalam situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan peneliti memprioritaskan diagnosa Nyeri Akut. Penelitian terhadap partisipan penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kanatang dirumuskan masalah Nyeri Akut berhubungan dengan fisiologis (eskemia). Hal ini didukung oleh hasil pengkajian yang didapatkan data subyektif dan obyektif "Pasien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang, tepatnya di sebelah kanan".

4.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan untuk peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan masyarakat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, di antaranya pengetahuan kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien batasan praktik keperawatan

dan peran dari tenaga kesehatan. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017).

Pada diagnosa nyeri akut, intervensi utama yang diterapkan adalah teknik relaksasi napas dalam. Intervensi ini diangkat didasarkan pada kondisi yang ditemukan pada pasien yaitu nyeri pada kepala disertai dengan pusing, mual dan muntah. Tujuan utama pemberian teknik relaksasi napas dalam adalah untuk menurunkan nyeri pada kepala. Nyeri kepala merupakan masalah yang sering dirasakan oleh penderita hipertensi. Nyeri kepala pada penderita hipertensi biasanya terjadi karena adanya peningkatan atau tekanan darah tinggi dimana hal itu terjadi karena adanya adanyapenyumbatan pada sistem peredaran darah baik dari jantungnya dan serangkaian pembuluh darah arteri dan vena yang menyangkut pembuluh darah. Hal itu membuat aliran darah di sirkulasi dan menyebabkan tekanan meningkat. Untuk mengatasi hal ini bisa dilakukan dengan cara non farmakologis yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam (Syiddatul, 2017).

4.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan di mana perawat memberikan intervensi keperawatan secara langsung terhadap klien. tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari pelaksanaan tindakan keperawatan adalah untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan,

pencegahan penyakit pemulihan kesehatan klien dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2020).

Pada partisipan, penelitian yang diteliti penulis melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi masalah Nyeri Akut, dan ketidakefektifan manajemen kesehatan pada pasien dengan Hipertensi setelah dilakukan intervensi teknik relaksasi napas dalam selama 3 x kunjungan rumah dengan tujuan dan kriteria hasil, memahami kalimat yang dijelaskan, menyampaikan pesan yang koheren, pesan verbal yang koheren, proses pikir teratur.

Implementasai hari pertama penulis melakukan pengkajian untuk mengetahui masalah yang dialami dan penulis mendapatkan data bahwa keluarga dan pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang tepatnya sebelah kanan dan sulit tidur pada malam hari. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 140/70 mmhg, S: 36,9, N: 97x/menit, RR: 20x/menit skala nyeri 4.

Implementasi hari kedua dilakukan penyuluhan pada keluarga dan pasien tentang hipertensi seperti menjelaskan pengertian dan tanda gejala dari hipertensi serta melakukan terapi teknik relaksasi napas dalam dan mengindenfikasi nyeri untuk meredakan nyeri dan Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 130/70 MmHg, S: 36,5⁰C, N: 98x/menit, RR: 20x/menit.

Pada hari ketiga penulis melakukan evaluasi tindakan yang dilakukan pada hari kedua, dengan meminta pasien melakukan kembali

pengertian dan tanda gejala dari hipertensi, dan menanyakan apakah sudah melakukan terapi teknik relaksasi dengan benar atau belum. Setelah itu Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital di dapatkan hasil TD: 130/90 MmHg, S: 36,5⁰C, N: 96x/menit, RR: 20x/menit, menerapkan teknik relaksasi napas dalam dan mengidentifikasi nyeri.

Menurut penelitian terlebih dahulu (Rindiani Saputri, 2022) peneliti berasumsi bahwa pada proses penerapan relaksasi napas dalam terdapat perbedaan pada hari pertama dan ketiga dalam melakukan tindakan relaksasi napas dalam sehingga terjadinya penurunan skala nyeri dan tekanan darah menurun dan relaksasi napas dalam bermanfaat untuk menurunkan resistensi perifer dan menaikkan elastisitas pembuluh darah dan mengedarkan oksigen,serta relaksasi napas dalam dapat bersifat vasodilator yang efeknya memperlebar pembuluh darah dan dapat menurunkan tekanan darah secara langsung.

4.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk memperbaiki proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Pada tahap evaluasi perawat membandingkan status kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan. evaluasi terdiri dari dua kegiatan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan selama proses perawatan berlangsung atau menilai respon klien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan atas target tujuan yang telah dibuat. dengan penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi adalah

dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. perumusan evaluasi sumatif ini meliputi 4 komponen yaitu, yang di kenal dengan istilah SOAP, subjektif, objektif, analisa data, dan perencanaan.

Dari hasil penelitian pada partisipan, penulis melakukan evaluasi pada masalah keperawatan Nyeri Akut berhubungan dengan teratasi sebagian dengan kriteria hasil yang dicapai meliputi keluhan nyeri menurun dari skala 4 menjadi skala 3, tekanan darah membaik dari 140/90 mmHg menjadi 130/90 mmHg akan tetapi kesulitan tidur dan meringis masih dirasakan oleh pasien. Intervensi teknik relaksasi napas dalam yang diberikan pada pasien dan keluarga bisa berhasil karena adanya kemauan dan kerja sama dari pasien dengan penulis dan juga dengan bantuan media seperti sehingga intervensi yang dilakukan bisa berjalan dengan baik.

Penurut penelitian (Kusumoningtyas, 2018) bahwa relaksasi napas dalam di buktikan dengan perubahan kondisi sudah mulai tidak merasakan nyeri, pusing sudah berkurang, sudah tidak terlalu lemas, tidak terlalu sering terjaga saat tidur, sudah mulai rileks, dan merasa sudah cukup nyaman dengan kondisinya saat ini.