

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende 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 tiga ruangan dengan kapasitas bed sembilan belas, 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 16 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah dua orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025, di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a) Pengumpulan data

1) Identitas

a) Identitas pasien

Pasien berjenis kelamin laki-laki berinisial Tn. A.R, berusia 54 tahun, beragama katolik, status sudah menikah, pendidikan

terakhir SD, pekerjaan petani, pasien tinggal di Kelitembu, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juni 2025, tanggal pengkajian 15 Juni 2025, dengan diagnosa medis Hipertensi. Penanggung jawab pasien Ny. Y.M, umur 49 tahun, pekerjaan petani, alamat Kelitembu. Hubungan dengan pasien adalah istri pasien.

2) Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan leher terasa tegang.

1) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang dirasakan sejak hari sabtu 14 Juni 2025, leher terasa tegang, badan lemah, dan pingsan dirumah pada tanggal 14 Juni 2025 dan dibawa keluarga ke puskesmas Mukusaki. Saat berada di puskesmas pasien masih dalam keadaan pingsan dan tiba-tiba mengalami kejang-kejang selama 15 menitan.

2) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan masuk rumah sakit karena dilarikan ke Puskesmas karena nyeri pada kepala yang menyebabkan pasien sampai pingsan dan juga mengalami kejang-kejang sehingga dari Puskesmas melakukan rujukan untuk dibawa ke RSUD Ende.

3) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan tidak ada upaya apapun yang dilakukan karena pasien baru mengalami hal ini.

b) Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan menderita tekanan darah tinggi sejak tahun 2024.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan dirinya tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya namun pasien melakukan pemeriksaan pada kegiatan posyandu lansia.

3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak ada alergi terhadap makanan, minuman, ataupun terhadap obat-obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol/dll)

Pasien mengatakan dirinya tidak ada kebiasaan seperti merokok, namun pasien mempunyai kebiasaan yaitu minum kopi sekali sehari dan minum alkohol pada saat ada acara tertentu.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan Ibunya yang mengalami tekanan darah tinggi.

d) Diagnosa medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan dirinya memeriksa ketika kegiatan posyandu lansia dan juga dirinya di diagnosa tekanan darah tinggi, pasien juga mengatakan diberikan obat captopril dan biasanya diminum pada pagi hari dan dianjurkan untuk minum sampai habis tetapi pasien tidak rutin untuk minum obat yang diberikan dan pasien minum lagi ketika pasien mengalami sakit kepala dan tensinya naik.

3) Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit pasien dan keluarga selalu ke fasilitas kesehatan.

b) Pola nutrisi-metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari makan nasi dan lauk pauk menghabiskan satu porsi makanan, lauk pauk biasanya disesuaikan karena yang masak anaknya seperti sayur yang ditumis dan juga ada yang berkuah. Pasien mengatakan dirumah juga istri dan anaknya masak menggunakan penyedap rasa seperti masako ataupun ajinomoto. Minum biasanya pasien minum air 8 gelas air ± 2 liter.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan ketika makan kadang dirinya merasa mual, makan 3x sehari makan bubur menghabiskan sesuai porsi yang diberikan dari rumah sakit. Pasien minum air 8 gelas/ \pm 2 liter.

c) Pola eliminasi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari biasanya pada pagi hari, konsistensi padat warna kuning bau khas feses. BAK pasien mengatakan lancar biasanya BAK \pm 5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas urine.

2) Saat sakit

Selama dirawat di RS klien BAB 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan ketika BAB, konsistensi padat, warna kuning bau khas feses. BAK pasien mengatakan tidak ada keluhan, BAK lancar \pm 6 kali sehari warna kuning jernih bau khas urine.

d) Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya melaksanakan aktivitasnya sebagai petani, dan juga kepala keluarga dan semua pekerjaannya dilakukan sendiri tidak dibantu oleh orang lain.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga dan perawat terutama eliminasi, berpindah, mandi. Faktor penyebabnya karena nyeri kepala selain itu juga terhambat karena pada tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tpm.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien nampak mengenali istri, anak, keluarga, dan perawat yang datang ke ruangan, penglihatan pasien baik, penciuman, pendengaran, perabaan dan perasa pasien mengatakan baik tidak ada gangguan.

f) Pola persepsi-konsep diri

Pasien mengatakan dirinya seorang suami dan kepala keluarga yang mencari nafkah untuk menghidupi keluarganya.

g) Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya paling lama tidur malam pukul 24.00 wita dan bangun pukul 05.00 wita, siang tidur \pm 1jam.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit tidurnya lebih cepat sekitar pukul 21.00 wita sudah tidur dan bangun pukul 05.00 wita dan siang juga istirahat sekitar 1 jam.

h) Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan perannya sebagai suami dan kepala keluarga, hubungannya dengan keluarga dan sesamanya baik.

i) Pola seksual-reproduksi

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada keluhan ataupun gangguan pada reproduksinya.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak ada keluhan ataupun gangguan pada reproduksinya.

j) Pola toleransi stress-koping

Pasien mengatakan jika ada masalah dirinya selalu bercerita kepada istrinya.

k) Pola nilai-kepercayaan

Pasien mengatakan percaya kepada Tuhan dan selalu berdoa bahwa dirinya bisa sembuh.

4) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum lemah, leher terasa tegang, kesadaran composmetis, GCS 15, dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan), dan respon motorik 6 (mengikuti

perintah). Tanda vital, suhu 36,3° C, nadi 115x/m, RR 22x/m, TD 156/87 mmHg, SpO₂ 98%, tinggi badan 180 cm, berat badan 72 Kg, hasil IMT 22,2 kg/cm.

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

Kepala : Kepala pasien tampak normal, wajah simetris, tidak ada lesi dan massa. Rambut pasien tampak berwarna hitam sedikit beruban.

Mata : bentuk mata simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis, tidak teraba benjolan pada mata dan nyeri, penglihatan baik.

Hidung : hidung bersih tidak ada lendir ada rambut-rambut hidung. **Mulut** : mukosa bibir lembab, bibir sedikit pucat, gigi lengkap tidak ada karang gigi ataupun karies gigi, tidak ada gigi berlubang, lidah bersih warna merah muda.

Wajah : tampak wajah pasien memerah

Leher : tidak ada luka benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, kelenjar tiroid, dan vena jugularis tidak ada nyeri tekan.

Dada : inspeksi : dada tampak simetris bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, tidak ada sianosis, frekuensi napas 22x/m. Palpasi : integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda peradangan. Auskultasi ditemukan suara napas vesikuler.

Jantung : inspeksi tidak ada pembesaran vena jugularis, palpasi teraba denyut nadi dengan intensitas sedang. Pada saat auskultasi terdengar suara napas normal S1 dan S2 (Lupdup) pada saat di perkusi terdengar suara redup.

Abdomen : inspeksi bentuk abdomen sedikit membuncit, tidak tampak benjolan, tidak tampak edema, tidak tampak lesi, atau kemerahan, auskultasi : suara peristaltik usus adalah 15x/m dengan suara pelan tidak terdapat nyeri tekan.

Ektremitas terdiri atas dua yaitu : ekstremitas atas, inspeksi tampak terpasang infus RL 20 tetes per menit di tangan kiri, palpasi akral teraba hangat, tidak teraba adanya benjolan atau edema pada tangan kiri dan kanan, CRT<3 detik, kekuatan tonus otot ekstremitas atas kanan dan kiri 5, sedangkan ekstremitas bawah inspeksi tampak tidak ada edema, palpasi tidak teraba adanya benjolan dan edema, kekuatan tonus otot ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

b. Neurologis

1) Pengkajian Saraf Kranial :

Saraf olfaktori, pasien mengatakan pada indra penciumannya tidak mengalami masalah, dirinya masih bisa mencium bau bauan yang baik. Saraf optik, pasien mengatakan penglihatannya masih baik tidak ada gangguan. Saraf okulomotor, pasien nampak dapat

menggerakkan bola mata, berkedip, mengontrol respon pupil, dan memfokuskan penglihatan pada suatu objek dengan baik. Saraf troklear, nampak pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah serta keluar dan ke dalam. Saraf trigeminal, nampak pasien ketika diberikan sentuhan dibagian wajah. Saraf abduksen, nampak pasien dapat menggerakkan mata keluar, kedalam dan ke samping. Saraf fasialis, pasien mengatakan indra perasanya masih berfungsi dengan baik, pasien nampak dapat tersenyum, tertawa, mengunyah makanan dengan baik. Saraf vestibulocoklear, pasien mengatakan ketika makan tidak ada dorongan dari dalam untuk muntah, pasien nampak tidak sesak napas. Saraf glossofarigeal, pasien mengatakan dirinya mampu menelan dengan baik. Saraf vagus, pasien mengatakan ketika makan tidak ada dorongan dari dalam untuk muntah. Saraf asesoris, pasien nampak dapat menggerakkan kepala, leher, dan bahu. Saraf hipoglossus, pasien nampak dapat berbicara, menelan, dan menggerakkan lidah dengan baik.

2) Keluhan subyektif (nyeri)

Keluhan nyeri : P: Tn. A.R mengatakan ketika bergerak atau berpindah. Q : Tn. A.R mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R : Tn. A.R mengatakan kepala bagian belakang menjalar ke depan. S : Tn. A.R mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menitan.

5) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap)

Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik Tanggal 15 Juni 2025(03.50) (Rekam Medis RSUD Ende), 2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan
WBC	16.94+	[10 ³ /μL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.34	[10 ³ /μL]	(1.00-3.70)
MONO#	0.56	[10 ³ /μL]	(0.00-0.70)
EO#	0.01	[10 ³ /μL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	[10 ³ /μL]	(0.00-0.10)
NEUT#	14.99+	[10 ³ /μL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	7.9-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	3.3	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.1-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	88.5+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.03	[10 ³ /μL]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.15	[10 ⁶ /μL]	(4.40-5.90)

HGB	13.1-	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	37.7-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	73.2-	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	25.4-	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	34.7	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	38.4	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	14.3	[%]	(11.5-14.5)
PLT	418	[10 ³ /μL]	(150-450)
MPV	10.3	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.43+	[%]	(0.17-0.35)
PDW	11.7	[fL]	(99.0-17.0)
P-LCR	27.6	[%]	(13.0-43.0)

b) Hasil pemeriksaan foto rontgen

Pemeriksaan MSCT Scan Kepala Non Kontras :

Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

Kesimpulan : lacunar infark capsula eksterna sinistra, kalsifikasi glandula pinealis dan plexus choroideus, dan tidak tampak kelainan pada neurocranium dan viscerocranium.

6) Pelaksanaan pengobatan

Tabel 4.3 Pelaksanaan Pengobatan

No	Nama obat	Dosis pemberian
1.	Infus RL	20 tpm

2.	Paracetamol	3x1 gram/IV
3.	Omeprazole	2x40 mg
4.	Citicolin	2x50 mg
5.	Amlodipine	1x5 mg
6.	Captopril	3x25 mg
7.	Candesartan cilexetil	1x8 mg
8.	Aspilets	1x100 mg
9.	Mecobalamin	2x50 mg
10.	Nikardipine	5mg/jam

b. Tabulasi data

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn. A.R maka digambarkan sebagai berikut : pasien mengatakan nyeri pada kepala, leher terasa tegang, badan lemah, nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, skala nyeri 5, sifat nyeri hilang timbul dan rasanya seperti tertekan, nyeri yang dirasakan ketika bergerak dan berpindah. Pasien nampak lemah, semua aktivitas seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, makan pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien mengatakan di rumah istri dan anaknya masak menggunakan masako dan ajinomoto, pasien juga tidak rutin minum obat tekanan darah tinggi, GCS 15, TTV : tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, CRT<3 detik, terpasang infus RL 20 tpm di tangan sebelah kiri, berat badan 72

Kg, tinggi badan 180 cm, IMT 22,2 Kg/cm, hasil pemeriksaan laboratorium WBC $16.94 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7, PLT 418, Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

c. Klasifikasi data

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada kepala, leher terasa tegang, badan lemah, nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, skala nyeri 5, sifat nyeri hilang timbul dan seperti tertekan, nyeri dirasakan ketika bergerak dan berpindah.

Data objektif : GCS 15, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu $36,3^\circ\text{C}$, RR 22x/m, SpO₂ 98%, CRT<3 detik, berat badan 72 Kg, tinggi badan 180 cm, IMT 22,2 Kg/cm, pasien nampak lemah, wajah nampak meringis, nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, nampak terpasang infus RL 20 tpm di tangan sebelah kiri, hasil pemeriksaan laboratorium WBC $16.94 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7, PLT 418, Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan

tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

d. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p>Ds : Nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang.</p> <p>Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.</p>	<p>Hipertensi</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>
<p>Ds: P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5.</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri akut</p>

<p>T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menitan.</p> <p>Do : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, WBC 16.94+, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.</p>		
<p>Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga.</p> <p>Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.</p>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

3. Diagnosa Keperawatan

Hasil studi kasus pada Tn. A.R dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan data subjektif : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Data objektif : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC $16.94 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan data subjektif : P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit. Data objektif : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu $36,3^{\circ}\text{C}$, RR 22x/m, SpO_2 98%, WBC $16.94 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan lemah. Data objektif : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan

berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan perawat harus menentukan prioritas masalah, ini bertujuan agar perawat dapat mengatasi masalah yang mengancam nyawa, mengancam kesehatan dan mengancam tumbuh kembang.

Prioritas masalah :

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif
- b. Nyeri akut
- c. Intoleransi aktivitas
 - a) Resiko perfusi serebral tidak efektif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi, dengan kriteria hasil :

Perfusi serebral

- 1) Sakit kepala menurun (5)
- 2) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- 3) Tekanan darah diastolik membaik (5)

Status neurologis

- 1) Frekuensi nadi membaik (5)

Mobilitas fisik

- 1) Nyeri menurun (5)

2) Kelemahan fisik menurun (5)

Intervensi :

Manajemen peningkatan tekanan intrakranial

Observasi :

1) Monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan darah intrakranial (misalnya: tekanan darah meningkat).

Rasional : memonitoring tekanan darah intrakranial dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab peningkatan intrakranial.

Terapeutik

2) Minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Rasional : lingkungan yang tenang dapat mengurangi tingkat stres pada pasien dan mengurangi peningkatan tekanan darah pada pasien.

3) Berikan posisi semifowler

Rasional : posisi semifowler memudahkan pasien dalam melakukan proses ekspirasi dan respirasi sehingga pasien tidak sesak napas.

b) Nyeri akut

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi, dengan kriteria hasil :

Tingkat nyeri

1) Keluhan nyeri menurun (5)

- 2) Meringis menurun (5)
- 3) Tekanan darah membaik (5)

Intervensi :

Manajemen nyeri

Observasi

- 1) 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.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : dengan mengetahui skala nyeri pada pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien.

- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingankan nyeri

Rasional : dengan mengidentifikasi faktor penyebab nyeri perawat dapat mengetahui apa yang menjadi faktor pencetus terjadinya nyeri dan cara menanganinya.

Terapeutik

- 4) Berikan teknik non farmakologi (relaksasi napas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional : teknik non farmakologi (napas dalam) dapat mengalihkan pasien terhadap nyeri yang dirasakan.

- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

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

6) Fasilitasi istirahat dan tidur

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

Edukasi

7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

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

Kolaborasi

8) Pemberian analgetik

Rasional : dengan memberikan obat analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

c) Intoleransi aktivitas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil :

Toleransi aktivitas

- 1) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5)
- 2) Keluhan lelah menurun (5)

Intervensi :

Manajemen energi

Observasi

- 1) Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan

Rasional : dengan mengetahui fungsi tubuh yang mengalami kelemahan perawat dapat mengetahui faktor penyebab kelemahan dapat terjadi.

- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

Rasional : dengan memonitor kelemahan fisik dan emosional membantu perawat mengetahui kelemahan fisik yang dialami pasien.

Edukasi

- 3) Menganjurkan tirah baring

Rasional : tirah baring dapat mengurangi faktor resiko jatuh pada pasien.

- 4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional : dengan melakukan aktivitas secara bertahap perawat dapat mengetahui toleransi aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada Tn. A.R dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 15 Juni-17 Juni 2025. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan :

1. Implementasi pada hari pertama pada tanggal 15 Juni 2025

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi.

Pukul 07.15 mengukur tekanan darah dan tanda vital lainnya hasil : tekanan darah : 156/87 mmHg , suhu 36,3°C, nadi 115x/m, RR 22x/m, SpO₂ 98%. Pukul 07.20 memberikan posisi semifowler hasil : Tn. A.R mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk yang dianjurkan. Pukul 07.30 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Tn. A.R nampak terbaring dengan nyaman. Pukul 08.00 memberikan obat oral captopril 25 mg. Pukul 13.00 melakukan pemeriksaan tekanan darah pasien dengan hasil 220/180 mmHg dikarenakan pasien mengalami kejang-kejang.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pukul 07.25 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan di kepala bagian belakang, nyeri dirasakan sekitar 1 menit, nyeri terasa seperti ditekan. Pukul 07.35 mengidentifikasi skala nyeri pada Tn. A.R hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri yang dirasakan dengan skala nyeri 5 sedang. Pukul 07.40 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meningkatkan nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan ketika bergerak secara tiba-tiba ataupun saat bangun tidur. Pukul 08.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam hasil : Tn. A.R

mengatakan nyerinya masih terasa. Pukul 08.30 kolaborasi pemberian analgetik paracetamol 1 mg/IV.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 10.15 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya merasa lemah dan tidak bertenaga, pukul 10.25 memonitoring kelemahan fisik dan emosional hasil ; Tn. A.R mengalami kelemahan fisik ketika bergerak atau berpindah tempat, pukul 10.30 menganjurkan Tn. A.R untuk berbaring di tempat tidur hasil : Tn. A.R Nampak berbaring di tempat tidur.

2. Implementasi hari kedua pada tanggal 16 Juni 2025

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Pukul 07.30 mengukur tekanan darah hasil : 149/83 mmHg, suhu 36,8°C, RR 20 x/m, SpO₂98%. Pukul 07.35 menanyakan keluhan yang dirasakan hasil : Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa nyeri dan berat. Pukul 07.40 menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Tn. A.R nampak terbaring dengan nyaman dan tenang. Pukul 08.00 memberikan obat captopril 25 mg. Pukul 11.00 menyediakan lingkungan yang tenang hasil : pasien tampak tertidur.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pukul 08.05 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri terasa di kepala bagian belakang, nyeri terasa seperti ditekan, lamanya nyeri

sekitar 1 menit, kualitas nyeri ringan. Pukul 08.15 mengidentifikasi skala nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri yang dirasakan 3 nyeri ringan. Pukul 08.25 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan secara tiba-tiba ketika bangun tidur ataupun bergerak. Pukul 09.00 menjelaskan periode dan pemicu nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan mengerti nyeri yang dirasakan akibat peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah otaknya. Pukul 09.30 memberikan obat paracetamol 1 mg/IV.

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 09.40 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya masih merasa sedikit lemah. Pukul 09.45 memonitoring kelemahan fisik dan emosional hasil : Tn. A.R mengalami kelemahan saat bergerak atau berpindah. Pukul 09.50 menganjurkan Tn. A.R untuk berbaring di tempat tidur hasil : Tn. A.R Nampak berbaring di tempat tidur.

3. Implementasi hari ketiga pada tanggal 17 Juni 2025

a. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi. Pukul 14.05 mengukur tekanan darah hasil : 130/68 mmHg, nadi 68x/m. Pukul 14.15 menanyakan keluhan yang dirasakan hasil : Tn. A.R mengatakan kepala masih terasa nyeri seperti sebelumnya. Pukul 14.20 menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Tn. A.R nampak terbaring dengan posisi nyaman dan tenang. Pukul 15.00

menyediakan lingkungan yang tenang hasil : pasien nampak tertidur.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pukul 14.20 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri terasa di kepala bagian belakang, nyeri seperti ditekan, lamanya nyeri sekitar 1 menit, kualitas nyeri ringan. Pukul 14.30 mengidentifikasi skala nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan 3 nyeri ringan. Pukul 16.00 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan secara tiba-tiba ketika bergerak dan bangun tidur. Pukul 16.30 menjelaskan periode atau pemicu nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan mengerti bahwa nyeri yang dirasakan karena adanya peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah otaknya. Pukul 17.00 memberikan obat paracetamol 1 mg/IV.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 17.00 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya masih merasa lemah. Pukul 15.30 memonitoring kelemahan fisik dan emosional hasil : Tn. A.R mengalami kelemahan ketika bergerak atau berpindah. Pukul 15.00 menganjurkan Tn A.R untuk berbaring di tempat tidur hasil : Tn. A.R nampak berbaring di tempat tidur.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada tanggal 15 Juni 2025. **Diagnosa 1:** evaluasi yang dilakukan S:Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa sakit, leher terasa tegang -, O: tekanan darah 220/180 mmHg, A: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, P: intervensi 1-3 dilanjutkan. **Diagnosa 2:** evaluasi yang dilakukan S: Tn. A.R mengatakan kepala bagian belakangnya masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti ditekan, nyeri terasa sekitar 1 menitan, skala nyeri 5, O: wajah Tn. A.R nampak meringis, A: masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi, P: intervensi keperawatan 1-6 dilanjutkan. **Diagnosa 3 :** evaluasi yang dilakukan S:Tn. A.R mengatakan dirinya masih lemah, O: Tn. A.R nampak terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas seperti mandi, ke toilet, berpakaian dibantu oleh keluarga, A: masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi, P: intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 16 Juni 2025. **Diagnosa 1:** evaluasi yang dilakukan S: Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa sakit, leher sedikit terasa tegang, O: tekanan darah 149/83 mmHg, A: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi, P: intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan. **Diagnosa 2 :** evaluasi yang dilakukan S: Tn. A.R mengatakan masih terasa nyeri di kepala bagian belakang, nyeri terasa seperti ditekan, nyeri terasa selama 1 menitan, skala nyeri 3, O: wajah Tn. A.R nampak meringis, A: masalah keperawatan

nyeri akut sebagian teratasi, P: intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan.

Diagnosa 3 : evaluasi yang dilakukan S: Tn. A.R mengatakan masih merasa lemah, O: Tn. A.R nampak duduk di tempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal, A: masalah keperawatan intoleransi aktivitas sebagian teratasi, P: intervensi 1-3 dilanjutkan.

Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 17 Juni 2025, diagnosa 1 **S**: Tn. A.R mengatakan kepalanya sudah sedikit berkurang sakitnya, leher sudah tidak terasa tegang, **O**: wajah Tn. A.R nampak santai dan rileks, tekanan darah 130/68 mmHg, nadi: 69x/m, SpO₂: 96%, RR:20x/m, S:36,7 C, **A**: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi, **P**: intervensi keperawatan dihentikan Tn. A.R dinyatakan pulang oleh dokter, **I**: memberikan edukasi kepada Tn. A.R dan keluarga untuk mengurangi makanan yang mengandung garam tinggi, yang bersantan atau berminyak, mengurangi penggunaan penyedap rasa, banyak mengonsumsi buah mentimun dan labu untuk dibuat jus atau direbus untuk dimakan yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi, dan mengonsumsi obat secara rutin dan kontrol kembali kesehatan setiap bulan ke fasilitas kesehatan. **E**: Tn. A.R dan keluarga mengatakan akan mengikuti sesuai yang disampaikan.

Diagnosa 2 **S**: Tn. A.R mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa lagi, **O**: wajah Tn. A.R nampak santai dan lebih rileks, **A**: masalah keperawatan nyeri akut teratasi, **P**: intervensi keperawatan dihentikan, **I**:

mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan lewat mulut dilakukan sebanyak 3-5 kali untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, **E:** Tn. A.R dan keluarga sangat antusias mendengarkan dan menjelaskan kembali serta memberikan contoh sesuai yang diperagakan dalam teknik relaksasi napas dalam.

Diagnosa 3 **S:** Tn. A.R mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemah dan sudah merasa lebih baik dari kemarin, aktivitas seperti BAB/BAK, berpakaian dan berpindah tempat sudah bisa dilakukan sendiri, **O:** Tn. A.R nampak bersemangat duduk di tempat tidur bersama keluarganya, sudah bisa bangun sendiri dari tempat tidur dan sudah bisa sendiri ke toilet tanpa dibantu keluarga, **A:** masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi, **P:** intervensi keperawatan dihentikan, **I:** meminta kepada Tn A.R dan juga keluarga agar jangan dulu melakukan pekerjaan yang berat di rumah dan harus perbanyak istirahat, **E:** keluarga mengatakan akan memperhatikan setiap aktivitas Tn. A.R untuk tidak melakukan pekerjaan yang berat di rumah dan perbanyak istirahat.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. A.R di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Interpretasi dan Diskusi Hasil

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada studi kasus Tn. A.R didapatkan pasien mengatakan nyeri pada kepala, leher terasa tegang, badan lemah, nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, skala nyeri 5, sifat nyeri hilang timbul dan terasa seperti tertekan, nyeri yang dirasakan ketika bergerak dan berpindah. Pasien nampak lemah, semua aktivitas seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, makan pasien mengatakan tidak ada keluhan, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 96%, berat badan 72 Kg, tinggi badan 180 cm, IMT 22,2 Kg/cm, hasil pemeriksaan laboratorium WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7, PLT 418, Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

Nyeri kepala pada pasien hipertensi terjadi karena tekanan darah tinggi memengaruhi pembuluh darah di otak, menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, gangguan vaskular, atau perubahan struktur pembuluh darah. Selain itu pasien mengalami leher tegang karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di

area leher, yang membawa darah ke otak, menyebabkan rasa nyeri atau ketidaknyamanan (Setiadi, Triyanto, & Upoyo, 2024).

Pasien dengan hipertensi bisa mengalami kelemahan tubuh karena tekanan darah tinggi yang berlangsung lama dapat mempengaruhi berbagai organ tubuh. Salah satu dampaknya adalah aliran darah ke otot dan otak menjadi tidak lancar, sehingga tubuh kekurangan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan untuk menghasilkan energi. Selain itu, hipertensi juga dapat menyebabkan kerusakan pada jantung, sehingga jantung tidak mampu memompa darah dengan baik ke seluruh tubuh. Akibatnya tubuh menjadi lemah karena suplai darah dan oksigen yang kurang (Hernita, Hermanto, & Rosela, 2024).

Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala menurut Ekasari, dkk (2021), tanda dan gejala pada pasien hipertensi antara lain : sering sakit kepala bagian belakang, gangguan penglihatan, mual dan muntah, nyeri dada, sesak napas, wajah yang memerah, rasa pusing.

Hal ini terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Tn. A.R dimana tidak ditemukan gangguan penglihatan, nyeri dada dan sesak napas. Pada kasus nyata Tn. A.R tidak ditemukan gangguan penglihatan. Seiring meningkatnya stadium hipertensi dapat terjadi pembentukan plak aterosklerosis yang dapat menebal dan menyebabkan stenosis pembuluh darah. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Nauvalino, Hidayat, & Rustini, 2024) stenosis pada arteri retina dianggap sebagai tanda yang khas pada

penyakit retinopati hipertensi. Perkembangan dari stenosis pada arteri bisa dipengaruhi oleh durasi lamanya menderita hipertensi, beratnya stadium hipertensi, maupun prognosis yang dapat terjadi pada pasien. Pada kasus nyata Tn. A.R tidak ditemukan nyeri dada dikarenakan seiring waktu, tekanan darah tinggi dapat menyebabkan penyakit jantung termasuk penyakit mikrovaskular (MDV). Angina atau nyeri dada adalah gejala umum. Angina pektoris merupakan ketidakseimbangan sementara antara suplai dan kebutuhan oksigen pada miokard, yang mengakibatkan nyeri dada. Pada kasus nyata Tn. A.R tidak ditemukan sesak napas. Sesak napas pada pasien hipertensi bisa terjadi bila sudah terjadi komplikasi seperti gagal jantung kongestif, hipertrofi ventrikel kiri dan edema paru, jika belum ada komplikasi tersebut pasien tidak mengalami sesak napas, walaupun tekanan darah tinggi.

b. Diagnosa keperawatan

Pada diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi ada 6 yaitu : nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, hipervolemia, penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas dan risiko jatuh. Namun diagnosa yang ditegakkan pada kasus pasien Tn. A.R terdapat hanya 3 diagnosa yaitu : resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut dan intoleransi aktivitas.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan dimana pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus terdapat 3

diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah penurunan curah jantung tetapi pada kasus pasien Tn. A.R tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak terjadinya penyempitan/penyumbatan pada pembuluh darah (vasokonstriksi). Dalam hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Marhabatsar & Sijid, 2021) menjelaskan bahwa pada pembuluh darah juga dapat terganggu pada sistem tubuh dimana terjadinya penyempitan/penyumbatan pada siskemik sehingga tekanan darah menjadi meningkat yang menyebabkan sesak napas.

Pada teori terdapat masalah perfusi perifer tidak efektif tetapi pada kasus Tn. A.R tidak ditemukan data yang mendukung. Menurut SDKI (2016) data yang mendukung untuk ditegakkannya masalah perfusi perifer tidak efektif adalah ditemukan pasien dengan CRT>3 detik, akral teraba dingin dan tampak pucat sedangkan pada Tn. A.R ditemukan CRT<3 detik, akral teraba hangat dan tidak tampak pucat. Masalah keperawatan hipervolemia tidak ditegakkan dalam kasus Tn. A.R tidak ditemukan data yang mendukung tentang hipervolemia. Menurut SDKI (2016) data yang mendukung sehingga bisa ditegakkan masalah hipervolemia adalah ortopnea, dispnea, dan edema perifer.

Pada teori terdapat masalah risiko jatuh tetapi pada kasus pasien Tn. A.R tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena tidak ditemukan adanya gangguan penglihatan dimana didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh (Sarfika & Saifudin, 2024) Penyakit

retina akibat hipertensi (yang disebut dengan retinopati hipertensi) dapat diakibatkan dari efek akut hipertensi sistemik yaitu adanya penyempitan (vasospasme) pembuluh darah, dan efek kronis hipertensi yang menyebabkan terbentuknya arteriosklerosis.

Masalah keperawatan yang ada pada teori tetapi ditemukan pada kasus adalah resiko perfusi serebral tidak efektif. Menurut SDKI (2016), resiko perfusi serebral tidak efektif adalah berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Sari & Sari, 2022) peningkatan tekanan darah dapat menekan pembuluh darah di otak dan serabut saraf, sehingga menyebabkan sakit kepala. Jika tekanan darah terus tinggi dan tidak terkontrol, pembuluh darah bisa menjadi lemah, melebar, bahkan bisa membentuk bekuan darah. Hal ini bisa mengganggu aliran darah ke otak dan menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) ditegakkan pada pasien Tn. A.R dengan ditemukan data nyeri pada kepala, nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, sehingga data tersebut mendukung diagnosa nyeri akut SDKI (2016). Menurut (Murtiono & Ngurah, 2020) keluhan tersebut karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah, yang mengakibatkan perubahan pembuluh darah, sehingga mengakibatkan perubahan pembuluh darah dan terjadilah vasokonstriksi. Akibat dari vasokonstriksi ini

menimbulkan resistensi pembuluh darah di otak, sehingga terjadilah nyeri kepala.

Masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditegakkan dalam kasus Tn. A.R dengan ditemukan data yang mendukung tentang masalah intoleransi aktivitas yaitu pasien mengatakan lemah, semua aktivitas seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Menurut (Putri & Anggreini, 2021) intoleransi aktivitas pada pasien hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler pembuluh darah yang mengakibatkan pembuluh darah tersumbat sehingga terjadi vasokonstriksi dan membuat tubuh menjadi cepat lelah akibat aliran darah yang lambat.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan kondisi Tn. A.R prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. A.R disusun berdasarkan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus ada yang sama dan ada yang baru ditemukan pada Tn. A.R. Tidak semua intervensi dilakukan sesuai dalam teori dan intervensi telah dilakukan berkat kerjasama keluarga dan pasien. Untuk diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dilakukan sebanyak 3 intervensi. Untuk diagnosa nyeri akut dilakukan sebanyak 8 intervensi. Untuk diagnosa intoleransi aktivitas sebanyak 4 intervensi.

Terdapat beberapa intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien dengan hipertensi antara lain :

Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi sesuai tujuan dan kriteria hasil yang telah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn. A.R diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi dengan kriteria hasil : sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, frekuensi nadi membaik, nyeri menurun, dan kelemahan fisik menurun. Kriteria hasil ini bisa tercapai dengan melakukan manajemen peningkatan tekanan intrakranial.

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

Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yakni setelah dilakukan tindakan 3x24 jam pada Tn. A.R diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat dan keluhan lelah menurun. Kriteria hasil ini bisa tercapai dengan melakukan manajemen energi.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana keperawatan disusun dan ditujukan pada perawat untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Implementasi dilaksanakan mulai dari 15 Juni 2025 sampai 17 Juni 2025.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi : monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (misalnya: tekanan darah meningkat), minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dan mengatur posisi semifowler agar pasien nyaman. Intervensi ini bertujuan untuk mengurangi tekanan intrakranial dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Sejalan dengan penelitian oleh (Umam & Susanto, 2022) dengan melakukan pemantauan terhadap tanda dan gejala awal peningkatan tekanan intrakranial merupakan hal sangat penting untuk dilakukan. Hasil pemantauan tersebut dapat memberikan informasi berharga untuk meramalkan prognosis pasien dan merupakan petunjuk dasar untuk pengobatan terbaik untuk mengurangi peningkatan tekanan intrakranial.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan

yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, pemberian analgetik. Intervensi manajemen nyeri pada pasien hipertensi sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup. Dengan kombinasi intervensi farmakologis dan non farmakologis, serta edukasi yang tepat, pasien dapat belajar mengelola nyeri dengan lebih baik secara mandiri. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh (VitaSabella & Maryati, 2022) berbagai cara dilakukan untuk mengurangi nyeri kepala pada pasien hipertensi, salah satunya yaitu dengan pengobatan non farmakologis pemberian teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam dilakukan sebagai pengobatan non-farmakologis sekaligus terapi komplementer dalam hal ini sebagai terapi pendamping yang dilakukan untuk mengurangi nyeri kepala akibat hipertensi, selain itu juga dapat memberikan rasa rileks pada pasien yang efektif dapat menurunkan nyeri kepala, denyut jantung, tekanan darah, menurunkan ketegangan otot-otot.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan : identifikasi fungsi tubuh yang mengalami kelemahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, menganjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Dengan intervensi yang tepat, pasien dengan intoleransi aktivitas dapat belajar untuk mengelola energi mereka, meningkatkan toleransi terhadap aktivitas, dan menjalani kehidupan yang lebih aktif

dan mandiri. Menurut (Saraswati, Nurhidayat, & Sari, 2025) dengan melakukan tindakan keperawatan latihan rentang gerak secara bertahap dan tirah baring pada klien yang intoleransi aktivitas menunjukkan hasil intoleransi klien mengalami peningkatan dari hari ke hari, menurunnya keluhan lelah selama/sesudah melakukan aktivitas, dapat mengikuti kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dasar secara mandiri, serta dapat melakukan secara bertahap latihan aktivitas sesuai kondisi klien.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada Tn. A.R dengan diagnosa medis hipertensi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan.

1) Resiko perfusi serebral tidak efektif

Hasil evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025 pada diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dengan hasil : tekanan darah 220/180 mmHg, nadi 115x/m. Sedangkan pada tanggal 16 Juni 2025 menunjukkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi dengan hasil : tekanan darah 149/83 mmHg, nadi 70x/m. Evaluasi pada tanggal 17 Juni menunjukkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi dengan hasil : wajah Tn. A.R nampak santai dan rileks, tekanan darah 130/68 mmHg, nadi: 69x/m.

2) Nyeri akut

Hasil evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025 menunjukkan masalah nyeri akut belum teratasi dengan hasil :Tn. A.R mengatakan kepala bagian belakangnya masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti ditekan, nyeri terasa sekitar 1 menitan, skala nyeri 5, wajah Tn. A.R nampak meringis. Sedangkan pada tanggal 16 Juni 2025 menunjukkan masalah nyeri akut sebagian teratasi dengan hasil : Tn. A.R mengatakan masih terasa nyeri di kepala bagian belakang, nyeri terasa seperti ditekan, nyeri terasa selama 1 menitan, skala nyeri 3, wajah Tn. A.R nampak meringis. Evaluasi pada tanggal 17 Juni 2025 menunjukkan masalah nyeri akut teratasi dengan hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa lagi, wajah Tn. A.R nampak santai dan lebih rileks.

3) Intoleransi aktivitas

Hasil evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juni 2025 pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi dengan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya masih lemah, Tn. A.R nampak terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas seperti mandi, ke toilet, berpakaian dibantu oleh keluarga. Sedangkan evaluasi pada tanggal 16 Juni 2025 masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dengan hasil : Tn. A.R mengatakan masih merasa

lemah, Tn. A.R nampak duduk di tempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal. Evaluasi pada tanggal 17 Juni 2025 masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi dengan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemah dan sudah merasa lebih baik dari kemarin, aktivitas seperti BAB/BAK, berpakaian dan berpindah tempat sudah bisa dilakukan sendiri, Tn. A.R nampak bersemangat duduk di tempat tidur bersama keluarganya, sudah bisa bangun sendiri dari tempat tidur dan sudah bisa sendiri ke toilet tanpa dibantu keluarga.

2. Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang dialami peneliti dalam melakukan studi kasus yakni :

- a. Instrumen pengumpulan data, dikarenakan hanya menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah sehingga proses pengkajian seperti data lingkungan rumah didapatkan di luar format pengkajian.
- b. Faktor waktu pelaksanaan studi kasus yang hanya dilakukan selama tiga hari sehingga masalah keperawatan yang dialami pasien tidak diatasi secara menyeluruh dan tuntas.
- c. Faktor orang atau manusia yang menjadi responden dimana 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 edukator

Pada studi kasus ini ditemukan peran perawat sebagai edukator, dimana perawat dapat memberikan informasi tentang apa itu hipertensi bagaimana penanganannya dan memberikan edukasi melalui penyuluhan tentang hipertensi dengan berbagai metode, serta perawat juga menginformasikan tentang pola makan yang tidak boleh dikonsumsi oleh pasien hipertensi.

b. Sebagai advokat

Pada studi kasus ditemukan peran perawat sebagai advokat yakni menjadi penghubung antara pasien dan tim kesehatan lain, dimana perawat selalu melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya serta tindakan yang akan diberikan kepada pasien terkait hipertensi yang diderita.

c. Sebagai pemberi perawatan

Peran perawat sebagai pemberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. A.R. Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.