

BABIV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende. Ruang Penyakit Dalam (RPD) III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari satu ruangan perawat, tiga ruangan perawatan dengan 19 tempat tidur, satu ruang obat, satu ruang pantry, dan satu gudang. RPD III memiliki 16 orang perawat, satu orang administrator dan 2 orang cleaning service.

2. Pengkajiankeperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 13 september 2024, pukul 09.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende.

3. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Studi kasus dilakukan pada Ny. M.S yang berumur 58 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam (RPD) III ruangan C. pasien berjenis kelamin perempuan, beragama muslim, tinggal di jalan Perwira, status pasien sudah menikah, dengan pendidikan terakhir SMP. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. N.A sebagai adik kandung dari pasien yang berumur 40 tahun, tinggal di jalan Paupire. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, dan leher tegang.

4. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sakit kepala.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, dan leher tegang sejak tanggal 9 September 2024 dan adik pasien mengantar pasien tanggal 10 September 2024 jam 17:20. Saat di kaji riwayat tekanan darah pasien tidak mampu mengingat riwayat tekanan darahnya. Karena pasien sudah tidak bisa menahan rasa sakit di kepala adik pasien langsung mengantarkan pasien ke rumah sakit. Pasien masuk IGD dengan hasil tensi 210/110 mmHg dan besok pagi pukul 02:30 pasien dipindahkan ke ruangan RPD III RSUD Ende.

3) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien masuk RS di IGD pada tanggal 10 September 2024 pukul 17:20 WITA dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Pasien mengalami sakit sejak tanggal 9 September 2024. Pasien didiagnosis Hipertensi, di pasang infus NACL 20 tpm di tangan kiri dan mendapat terapi injeksi omeprazole 1x40 mg, ceftriaxone 2x1 gr, furosemide 1x40 mg, paracetamol 3x1 gr dan albumin 25% 100 cc, TD: 210/110 mmHg. Setelah dari IGD pasien diantar ke RPD III pada tanggal 11 September 2024 pukul 02.30 WITA.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien mengatasi sakitnya dengan cara tidur.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan dirinya pernah mempunyai riwayat penyakit Jantung.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan pernah dirawat tiga bulan yang lalu dengan keluhan yang sama.

3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki riwayat alergi apapun baik alergi terhadap makanan, minuman, maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan

Pasien mengatakan ia jarang berolahraga, lebih sering mengonsumsi garam, suka mengonsumsi kopi namun sejak saat klien masuk RS ia mengetahui dirinya mengalami hipertensi sejak saat itu pasien sudah jarang untuk mengonsumsi kopi. Saat ini pasien banyak mengonsumsi air putih, dan the

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi hanya pasien sendiri dan mama dari pasien yang mengalami penyakit jantung.

d. Diagnosa Medis Dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi. Therapy yang didapat yaitu obat captopril

5. Kebutuhan Dasar

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit jantung .
Pasien mengatakan biasanya ia pergi memeriksakan diri ke puskesmas dan mendapatkan obat.

b. Pola Nutrisi-metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Pasien makan nasi, sayur sawi, tahu, tempe dan ikan. Pasien minum 8 gelas air sehari (2000 cc).

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Jenis makanan yang dimakan nasi, kuah sayur, telur rebus, tempe, dan daging ayam. Pasien minum 8 gelas per hari.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan selama di rawat ia baru BAB tadi pagi pukul 08:00 WITA dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan biasanya ia BAK 3-4 kali sehari, berwarna kuning pekat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : Pasien mengatakan ia BAK 3 x sehari, berwarna kuning tidak pucat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan untuk aktivitas makan dan minum pasien ia dapat melakukannya sendiri namun aktivitas lainnya seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu oleh adiknya.

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan jarang berolahraga dan setiap harinya pasien pergi berjualan di pasar

Keadaan saat ini : pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya di bantu oleh adiknya

e. Pola kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit pasien mengatakan penglihatan normal dan pendengarannya juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan pendengarannya tidak ada masalah.

Pasien merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya beberapa pertanyaan dapat pasien jawab dengan baik.

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian dada dan kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-5 menit

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri : pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

Peran diri : pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu rumah tangga berumur 58 tahun.

Identitas diri : pasien mengatakan ia adalah seorang perempuan berumur 58 tahun dan merupakan seorang ibu.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam mulai dari pukul 21.00-04.00 WITA. Tidak ada keluhan saat tidur.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam hari mulai dari pukul 20.00-05.00 WITA. Saat tidur terganggu karena leher tegang dan sakit kepala.

h. Pola Peran-Hubungan

Kebiasaan sehari-hari : Pasien adalah ibu rumah tangga seorang ibu. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.

Keadaan Saat Ini : Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan

i. Pola Toleransi Stress- Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasanya memilih keluar rumah dan pergi ke rumah adiknya

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama muslim , dan selalu sholat 5 waktu.

6. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

KU: Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital Nadi : 72 x/m, suhu : 36⁰ C, pernapasan : 24 x/m, tekanan Darah : mmHg, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65Kg, tinggi Badan : 160 cm.

b. Pengkajian Fisik

Kepala: kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah: Wajah pasien tampak pucat, mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung. Mulut : Membran mukosa pucat. Leher : Tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Thorax Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 24x/ m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi: ada nyeri tekan. Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan. Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 10x/m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kanan, CRT > 3 detik, ekstremitas bawah: tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

7. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 11 September 2024

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	7.4	10 ³ /uL	(3.60- 11.00)
LYMPH#	2.42	10 ³ /uL	3.70)
MONO#	0.39	10 ³ /uL	(0.00-0.70)
EO#	0.05	10 ³ /uL	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	10 ³ /uL	(0.00-0.10)
NEUT#	4.26	10 ³ /uL	(1.50-7.00)
LYMPH%	33.9	%	(25.0-40.0)
MONO%	5.5	%	(2.0-8.0)
EO%	0.7 -	%	(2.0- 4.0)
BASO%	0.3	%	7.00)
NEUT%	59.6	%	(50.0 -70.00)

IG#	0.01	10 ³ /uL	7.00)
IG%	0.1	%	(0.0 – 72.0)
RBC	4.16	10 ⁶ /uL	(3.80- 5.20)
HGB	11.7	g/dL	(11.7-15.5)
HCT	34.6 -	%	(35.0- 47.0)
MCV	83.2	fL	(80.0-100.0)
MCH	28.1	Pg	(26.0- 34.0)
MCHC	33.8	g/dL	(32.0-36.0)
RDW-SD	39.6	fL	(37.0- 54.0)
RDW-CV	12.8	%	(11.5- 14.5)
PLT	371	10 ³ /uL	(150-440)
MPV	8.5	fL	(9.0-13.0)
PCT	0.32	%	(0.17-0.35)
PDW	7.9 -	fL	(9.0- 17.0)
P-LCR	12.4	%	(13.0- 43.0)

(DataPrimer RSUD Ende,2024).

Tabel 4..2 Terapi Pengobatan

NO	NAMA OBAT	DOSIS OBAT	Indikasi
1	Paracetamol	3x1gr/IV/8 jam	Meredahkan gejala nyeri dan demam.
2	Ceftriaxone	2x1gr/IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negative maupun gram positif.
3	Ondansentrone	3x4mg/IV	Mencegah mual muntah
4	Furosemide	1x40mg/IV	Untuk tata laksana overload cairan dan edema.
5	Omeprazole	4mg/IV	Untuk mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung.
6	Mecobalamin	500mg/IV	Untuk suplementasi vitamin B12
7	Captopril	25gr/oral	Untuk mengobati hipertensi.

(Data primer RSUD Ende,2024)

B. Tabulasi data

Pasien mengatakan merasa sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh adiknya kadang tidurnya terganggu karena ia merasa

lemas saat beraktifitas. KU: lemah, kesadaran composmentis:GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis, tampak lemah, tampak aktivitas dibantu oleh asiknya, ada nyeri dada dengan skala nyeri 4 (sedang), TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 24x/m, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saatini : 63 Kg, berat badan sebelumsakit : 65Kg, tinggi Badan : 160 cm.

C. Klasikasi Data

DS: pasien mengatakan merasa sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun dimalam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya.

DO: wajah tampak pucat, klien tampak meringis dengan skala nyeri 4 (sedang), bibir tampak pucat, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis , CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 24 x/m, SPO2 : 95%.

D. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalahyang dialami oleh klien sebagaiberikut:

Tabel 4.3 Analisa data

NO	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	Data Subjektif : Pasien mengeluh pusing Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif
2	Data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri dada nyeri seperti ditusuk-tusuk. Data objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengkajian nyeri (PQRST): P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada bagian dada S: Skala nyeri 4 (nyeri sedang) T: Nyeri dirasakan 1-5 menit kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%.	Agen pencederaan fisiologi	Nyeri akut
3	Data subjektif: Pasien mengatakan badannya terasa lemah Data objektif: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, sebagian aktivitas pasien dibantu ibunya, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan :	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas

	22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.		
4	Data subjektif : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya. Data objektif : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT>3 detik, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

E. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas masalah dari kasus ini adalah perfusi perifer tidak efektif karenadapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkanuntuk masalah nyeri akut, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur merupakanprioritas kedua dan ketiga karenadapat mengancam kesehatan.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif : klien mengeluh kepala sakit

Data objektif : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit.

TD 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saatini : 63 Kg, berat

badan sebelumsakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

2. .Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri dada seperti ditusuk-tusuk

Data objektif : pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),

Pengkajian nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian dada

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-5 menit

Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saatini : 63 Kg, berat badan sebelumsakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan:

Data subjektif : pasien mengatakan badannya terasa lemas

Data objektif : pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saatini : 63 Kg, berat badan sebelumsakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

Data subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya

Data objektif : pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saatini : 63 Kg, berat badan sebelumsakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

F. Intervensi Keperawatan

1. Tujuan keperawatan dari diagnosa

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Warna kulit pucat menurun.
- 2) Pengisian kapiler membaik.
- 3) Turgor kulit membaik.
- 4) Tekanan darah sistolik membaik.
- 5) Tekanan darah diastolik membaik

Intervensi keperawatan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu:

- b. Periksa sirkulasi perifer

Rasional : Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

- c. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi

Rasional : Mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan

sirkulasi.

- d. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah

Rasional : Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal.

- c. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Rasional : Mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program
yang ditetapkan serta untuk memperbaiki sirkulasi

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

- a. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam
diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhannyerimenurun
- 2) Tampakmeringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Sikap proktektif menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Intervensi Manajememen Nyeri

- b. Rencana tindakan:

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

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri
yang dirasakan.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri
yang dirasakan.

- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit.

4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional: Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri.

5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: Terapi nonfarmakologis melalui peningkatan endorfin transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas nyeri.

6) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil.

- a. Keluhan lelah menurun
- b. Warna kulit membaik
- c. Perasaan lemah menurun
- d. Tekanan darah membaik
- e. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik

Rencana tindakan

- a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan

- b. Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas

Rasional : Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi

kelelahan

- c. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat

Rasional : Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis

- d. Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat

Rasional : Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.

- e. Anjurkan tirah baring

Rasional : Dengan tirah baring yang cukup membantu mengoptimalkan atau mencukupi kebutuhan istirahat pasien

4. Gangguan Pola Tidur

Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan d.d

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan tidak puasa tidur menurun
- 3) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup men

Rencana tindakan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi faktor pengganggu tidur
 - b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

2) Terapeutik

- a) Modifikasi lingkungan
- b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- c) Tetapkan jadwal tidur rutin
- d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

3) Edukasi

- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- c) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

G. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny. M. S Dilakukan selama 3 hari pada tanggal 13-15 September 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan 13 september 2024 (H-1).

1. Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 08.00 WITA melakukan vital sign. Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 84x/menit S: 36,6⁰C RR: 22x/menit SPO₂: 98%, terpasang infus Nacl 20 tpm. pukul 08.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT> 3 detik. pukul 09.20 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi. Hasil: pasien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak 1 tahun yang lalu. Pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan serta mengurangi konsumsi garam dan kopi secara berlebihan. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral

2. Nyeri akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Pukul 08.30 WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Pukul 08.35 WITA mengidentifikasi skala nyeri hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 08.40 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 09.00 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara membatasi pengunjung. Pukul 10.10 WITA mengkolaborasi pemberian analgetik hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV. Pukul 11.30 WITA menganjurkan pasien untuk istirahat.

3. Intoleransi aktivitas

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 10.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, pukul 11.50 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat. Pukul 11.59 WITA menganjurkan pasien tirah baring hasil: pasien mengikuti anjuran tersebut. Pukul 12.05 WITA Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasil : pasien mengatakan ia merasa sakit kepala dan lemah ketika kembali dari toilet.

4. Gangguan Pola Tidur

Pukul 11:00 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur hasil: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Pukul 11.10 WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar tidak mengkonsumsi makanan

yang menghambat tidur (kopi). Pukul 11.15 WITA Memodifikasi lingkungan hasil: menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Pukul 11.20 WITA Mefasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur :hasil: meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur. Pukul 11.30 WITA menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit untuk mempercepat proses penyembuhan hasil: keluarga memahami dan mengikuti anjuran tersebut.

1. Evaluasi 13 September 2024 (H-1)

a. Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif : pasien masih mengeluh pusing

Objektif : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 150/100 mmHg, N:89x/menit, S: 36,8⁰C RR: 20x/menit, SPO₂: 98%

Asesment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

b. Nyeri akut

Subjektif : pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit

Objektif: : pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes /menit TD: 150/100 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂: 98%.

Asesment : Masalah nyeri akut belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

c. Intoleransi aktivitas

Subjektif : pasien mengatakan badannya masih terasa lemas

Objektif: : pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik
kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20
tetes/menit, TD: 150/100 mmHg, N: 89x/menit, S:
36,8⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂: 98%

Asesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

d. Gangguan pola tidur

Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun
tengah malam, karena merasa sakit dilehernya

Objektif: : Lemah, konjungtiva anemis, tampak pucat, Tanda-tanda
vital: TD : 150/100 mmHg,
S: 36,8⁰C, RR: 20X/mnt, N: 89x/ mnt, kesadaran
composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit

Asesment : Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

2. Implementasi 14 September 2024 (H-2)

a. Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 07.00 WITA melakukan vital sign. Hasil: TD: 140/100mmHg N: 87x/menit S: 37,0⁰ C RR: 23x/menit SPO₂: 99 %. Pukul 08. 40 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. Pukul 10.40 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

b. Nyeri akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Pukul 08.00 WITA mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 10.15 WITA mengkolaborasi pemberian analgetik. Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV pukul 10. 20 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 10. 45 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Pukul 11.00 WITA menganjurkan pasien untuk istirahat.

c. Intoleransi aktivitas

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 11.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, pukul 11.50 WITA menganjurkan tirah baring, pukul 12.00 WITA menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, pukul 12.20 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.

d. Gangguan pola tidur

Gangguan Pola Tidur b.d. Hambatan lingkungan. Jam 12: 30 menetapkan jadwal tidur rutin: menjaga pola tidur agar tidak berantakan. Jam 12.40 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan: mengatur posisi pasien dengan nyaman 12:50 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit : jika tidur dan beristirahat yang cukup penting selama sakit karena menjadi bagian penting dalam penyakit

3. Evaluasi 14 September 2024 (H-2)

a. Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif : pasien mengeluh masih merasa pusing

Objektif: : wajah tampak meringis berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes/menit TD:170/100 mmHg, N: 88x/menit, S:37,5⁰C, RR:24x/menit, SPO₂:99%.

Asesment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

b. Nyeri akut

Subjektif : klien mengatakan sakit kepala berkurang

Objektif: : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:170/100 mmHg, N:88x/menit, S:37,5⁰C, RR:24x/menit, SPO₂:99%

Asesment : Masalah nyeri akut teratasi sebagian

Planing : intervensi dilanjutkan

c. Intoleransi aktivitas

Subjektif : klien mengatakan badannya masih terasa lemas

Objektif: : klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD:140/100 mmHg, N:88x/menit, S:37,5⁰C, RR:2x/menit, SPO₂:99%

Asesment : masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

d. Gangguan Pola Tidur

Subjektif : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari karena merasa sakit di belakang lehernya

Objektif: : KU: baik, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat sedikit berkurang, kesadaran composmentis, pasien tampak lelah, pasien menguap, Tanda-tanda vital: TD : 170/100 mmHg, S: 37,5°C, RR: 24X/mnt, N: 88x/ mnt.

Asesment : Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

4. Minggu 15 September 2024 pukul 08.00 WITA dilakukan catatan perkembangan

a. Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif : pasien masih mengeluh pusing

Objektif: : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik H:5, 80 gr/dl. KU: baik, kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit.TD:140/100 mmHg, N:88x/menit,S: 37,5°C, RR: 24x/menit, SPO2 : 99%.

Asesment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan

Implementasi : pukul 08.00 melakukan vital sign. Hasil: TD: 170/100 mmHg N: 86X/menit S: 36,8⁰ C, RR: 22X/menit SPO₂: 98%. Jam 09.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan

seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. Pukul 10.20

WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan

darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral

b. Evaluasi: pukul 13.00

Subjektif : pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang

Objektif : konjungtiva anemis, wajah tampak pucat berkurang, CRT
< 3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang
infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. Intervensi
dihentikan

1) Nyeri akut

Subjektif : pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan
sudah mulai berkurang.

Objektif : klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri
ringan). KU: baik, kesadaran composmetis
TD:170/100 mmHg, N:86x/menit, S: 36,8°C, RR:
22x/menit, SPO2 : 98%, terpasang infus Nacl 20
tetes/menit.

Assesmant : Masalah nyeri akut sebagian teratasi.

Planning : Lanjutkan ntervensi 1 dan 2 dan 6

Implementasi : pukul 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi,

dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10). Jam 10.15 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV

2) Evaluasi: pukul 13.00 WITA

Subyektif : pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.

Obyektif : pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10) , CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah nyeri akut telah teratasi.

Hentikan intervensi.

3) Intoleransi aktivitas

Subyektif : pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.

Obyektif : Tampak segar dan masih sedikit pucat.

Assesment : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning : intervensi dilanjutkan

Implementasi : Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas. Pukul 09.20 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, pasien serta keluarga menyuapinya.

4) Evaluasi pukul 13.00

Subjektif : klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi

Objektif : pasien tampak segar, pucat berkurang, CRT <3 detik.

KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus NaCl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi.

Hentikan intervensi.

5) Gangguan pola tidur

Subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak.

Objektif : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Tanda-tanda vital: TD: 140/100 mmHg, S: 36,8°C, RR: 22X/mnt, N: 86 x/ mnt, spo2: 98%.

Assesment : Masalah Gangguan pola tidur teratasi.

Planning : Intervensi dipertahankan.

Implementasi : Jam 11.20 Membatasi pengunjung di dalam ruangan untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat.

6) Evaluasi pukul 13.00

Subjektif : Pasien mengatakan tidurnya nyenyak

Objektif : 140/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 86x/menit, RR: 22x/menit, SPO2: 98%

Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi

Intervensi dihentikan.

H. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny. M.S dengan diagnosa medis hipertensi menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Ny. M.S di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruangank Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Tanda dan gejala hipertensi hasil penelitian Ekasari (2021), terdiri dari enam yaitu: sakit kepala, gangguan penglihatan, mual muntah, nyeri dada, kelelahan dan rasa pusing. Pada kasus Ny. M.S ditemukan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, CRT > 3 detik.

Data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana tanda dan gejala hipertensi yang muncul pada kasus nyata hanya sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Sedangkan pada teori tanda dan gejala hipertensi meliputi sakit kepala bagian belakang, mual muntah, nyeri dada, sesak napas, sukar tidur, mata berkunang-kunang, dan lemah. Namun tidak semua penderita hipertensi akan mengalami gejala-gejala ini.

Gejala gangguan penglihatan pada pasien dengan hipertensi muncul jika terjadi gangguan sirkulasi pada daerah mata yang menghambat aliran darah ke retina mata. Gejala mual dan muntah terjadi karena adanya peningkatan tekanan di dalam kepala.

Gejala nyeri dada terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Gejala sesak napas terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah. Tidak semua pasien hipertensi mendapat gejala yang sama seperti pada teori. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2017) yang mengatakan bahwa dalam banyak kasus hipertensi baru diketahui tanda dan gejala seperti yang sudah disebutkan di atas ketika sudah terjadi komplikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi ada 6 yaitu: 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload: karena afterload adalah resistensi yang harus diatasi jantung saat memompah darah. 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah: karena penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. 3) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: karena berbagai faktor yang merusak jaringan tubuh dan memicu respon nyeri. 4) hipervolemia berhubungan kelebihan asupan cairan: karena asupan cairan yang berlebihan, terutama natrium (garam), atau ketidakmampuan tubuh untuk membuang kelebihan cairan. 5) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan; karena kelemahan otot, ketidakseimbangan suplai kebutuhan oksigen, tirah baring lama, atau imobilitas. 6) resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan: karena penurunan ketajaman penglihatan, lapang pandang yang menyempit, dan sensitivitas kontras yang buruk. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada klien Ny. M.S yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi: 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah; 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan; 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus

nyata dimana pada kasus nyata hanya diangkat empat diagnosa keperawatan sedangkan pada teori terdapat enam diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada kasus dan terdapat secara teori yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

Diagnosa yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus nyata yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan. Diagnosa penurunan curah jantung tidak diangkat karena pada saat di kaji klien tidak mengeluh sesak napas, lelah dan tidak ada gambaran hasil EKG dimana data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan tidak diangkat karena pada saat dikaji pasien tidak mengeluh mual dan muntah serta data objektif seperti edema pada ekstremitas, frekuensi nadi meningkat dan data lainnya tidak terdapat pada kasus. Sedangkan untuk diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan juga tidak diangkat dikarenakan klien tidak memiliki gangguan penglihatan seperti mengeluh penglihatan kabur. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus. Diagnosa gangguan pola tidur muncul pada kasus namun tidak terdapat pada teori. Menurut penelitian (Ariani, dkk 2019) yang mengatakan bahwa adanya hubungan antara hipertensi dengan gangguan pola tidur dimana tidur mempunyai efek yang sangat besar terhadap kesehatan fisik,, mental, emosi, dan sistem imunitas tubuh. Seseorang yang kualitas dan kuantitas tidurnya kurang cenderung lebih mudah terserang penyakit, diantaranya adalah serangan jantung, anemia, dan tekanan darah tinggi. Hipertensi merupakan gejala yang sering ditemui pada orang dan menjadi faktor resiko utama insiden penyakit kardiovaskuler. Jika dibandingkan dengan kasus, pasien mengalami gangguan

pola tidur yang terjadi pada malam hari disebabkan karena adanya rasa sakit pada bagian lehernya sehingga membuat pasien terganggu dan kualitas tidurnya menurun.

Hipertensi yang terjadi pada kasus disebabkan oleh faktor resiko pada pola hidup yang tidak sehat dimana pasien cenderung mengkonsumsi garam yang berlebihan dan kebiasaan minum kopi hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Fernalia, 2020) hipertensi dapat dipicu oleh faktor yang dapat dikontrol dan faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang dapat dikontrol diantaranya seperti obesitas, diet hipertensi (mengkonsumsi makanan rendah garam) stress, aktivitas fisik, merokok. Sedangkan faktor yang tidak dapat dikontrol diantaranya seperti genetik, jenis kelamin, dan usia. Hal ini berarti tidak semua penderita hipertensi akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny. M.S berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan dibandingkan pada masalah keperawatan pada kasus. Intervensi di tunjukan untuk menurunkan atau mengatasi masalah tersebut, maka tindakan yang harus dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk dapat mengatasi masalah tersebut pada perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah untuk mencapai tujuan tersebut maka dilakukan tindakan keperawatan di harapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedraan fisiologis di lakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, tanpa meringis menurun, kesulitan tidur menurun. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: keluhan lelah menurun, tekanan darah membaik, warna kulit

membaik. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun, tidak puas tidur menurun,.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. M.S dengan diagnose medis hipertensi berdasarkan ketiga diagnosa yang telah ditemukan selama tiga hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

Hasil implementasi diharapkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 13 September 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 14 September 2024 dan catatan perkembangan dilaksanakan pada tanggal 15 September 2024. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan.

Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah sebagian, serta pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. M.S evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat

pada kasus nyata Ny. M.S yaitu untuk masalah keperawatan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis masalah sudah teratasi dimana pasien mengatakan nyeri tidak dirasakan lagi. Untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian teratasi dimana klien mengeluh pusing berkurang, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik. Untuk masalah keperawatan untuk intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik diperoleh hasil masalah teratasi yang di tandai tidak mengeluh badan lemah lagi. Untuk masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan diperoleh hasil masalah sebagian teratasi ditandai Pasien mengatakan tidurnya masih sedikit terganggu karena kebisingan.

Keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambatnya jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus.