BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukanhari Selasa, Tanggal 24 Maret 2026, pukul 07.10 WIB Diruang Puntadewa, Rumah Sakit Permata Bunda dengan auto/allo anamnesa:

1. Identitas px

   Nama px : Tn. S

   Umur px : 47 th

   Alamat : Kuniran 04/03, kecamatan klambu, Grobogan

   Pendidikan : MTS

   Pekerjaan : Kuli bangunan

   Tanggal Masuk : Senin, 23 Maret 2026

   No. Register : 409173

   DX. Masuk : Hipertensi

2. Identitas wali/ penanggung jawab px

   Nama PJ : Ny.S

   Umur PJ : 46 tahun

   Alamat PJ : Kuniran 04/03, kecamatan klambu, Grobogan

   Pekerjaan : Swasta

   Agama : Islam

   Hub. Dgn Klien : Istri

B. Riwayatt Kesehatan

1. Kel Utama

   tengkuk terasa nyeri, pusing, badan terasa lemas, serta mengalami kesulitan tidurmalam hari.

2. Riw kesehatan sekarang

   Hari Minggu, tgl 22 Maret 2026 sekitar pukul 08.00 WIB, mulai merasakan nyeri(tengkuk). Nyeri berdenyut, Nyeri hilang timbul, nyeri bertambah saat beraktifitas, seperti berjalan atau saat bekerja, dan berkurang apabila pasien beristirahat.

   Selain nyeri kepala, pasien juga mengeluhkan kedua kaki terasa kesemutan dan sesekali terasa dingin. Pasien mengatakan mudah lelah sehingga aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. Pasien memiliki riwayat hipertensi 2 th, tidak rutin mengonsumsi obat antihipertensi karena merasa sehat apabila tidak ada keluhan. Pasien juga mengatakan suka makanan asin/tinggi garam, makanan bersantan, dan jarang memeriksakan tekanan darah secara rutin. Selama di rumah pasien hanya beristirahat dan belum melakukan pemeriksaan ke fasilitas kesehatan. Pasien juga tidak mengonsumsi obat pereda nyeri maupun obat antihipertensi karena persediaan obat di rumah telah habis. , keluhan tidak kunjung membaik, bahkan nyeri kepala semakin sering muncul sehingga mengganggu aktivitas dan waktu istirahat pasien. Pasien mengatakanmalam hari hanya bisa tidur hanya 4-5 jam karena kerap terbangun karena nyerinya kepala dirasakan.

   Karena kondisi pasien semakin memburuk dan tidak kunjung membaik, Senin, tgl 23 Maret 2026,jam 21.00, keluarga merujuk ke IGD RS Permata

Bunda Purwodadi guna mendapatkan penanganan lebih lanjut. Sesampainya di IGD, pasien dilakukan triase, kemudian dilakukan pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik, dan TTV hasilnya pasien meningkat 176/102, Nadi 81x/menit, RR 20x/menit, SpO2 97%. Selanjutnya pasien dilakukan pemasangan jalur intravena (infus) untuk memudahkan pemberian terapi, dilakukan pengambilan sampel darah guna pemeriksaan laboratorium, serta dilakukan perekaman elektrokardiografi (EKG) untuk menilai kondisi jantung. Selanjutnya pasien mendapatkan terapi antihipertensi sesuai program dokter, analgetik Ketorolac guna membantu mengurangi nyeri kepala, serta dilakukan TTV. Pasien juga dianjurkan untuk tirah baring sementara, mengurangi aktivitas fisik, dan diberikan edukasi awal mengenai pentingnya mengontrol tekanan darah. Setelah dilakukan observasi dan kondisi umum pasien dinyatakan stabil, pasien dipindahkan ke Ruang Puntadewatanggal 23 Maret 2026 guna menjalani perawatan lebih lanjut, pemantauan kondisi, pemberian terapi medis, serta tindakan. Selasa, tgl 24 Maret 2026 Jam 07.10, pasien masih mengeluhkan kepala bagian belakang (tengkuk) terasa nyeri, pusing, badan terasa lemas, kedua kaki masih terasa kesemutan, serta tidur kurang nyenyakmalam hari. Hasil pemeriksaan menunjukkan hasil 156/100, nadi 88 x/menit, frekuensi napas 20 x/menit, suhu 36,7°C, dengan kesadaran composmentis. Berdasarkan kondisi tersebut, selain mendapatkan terapi medis sesuai program dokter, pasien juga direncanakan mendapatkan intervensi Foot Massage sebagai terapi komplementer.

3. Riw kesehatan dahulu

Pernah didiagnosis hipertensi sekitar 2 th lalu saat melakukan pemeriksaan di Puskesmas. Pasien mengaku mengonsumsi obat antihipertensi tetapi tidak teratur karena merasa sehat apabila keluhan sudah berkurang. Pasien juga mengaku jarang melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin

4. Riw kesehatan keluarga

Ayahnya pasien memiliki hipertensi saat usia lanjut. Sedangkan Ibunya pasien tidak memiliki sakit hipertensi maupun diabetes melitus. tidak ada riwayat penyakit menular, seperti tuberkulosis / hepatitis, maupun penyakit keturunan lain, seperti diabetes melitus, penyakit ginjal, penyakit jantungbawaan, asma / kelainan darah. Berdasarkan informasi tersebut, faktor keturunan ditemukan dalam keluarga pasien adalah hipertensiayah kandung, diduga pemicu pasien mengalami penyakit hipertensi.

C. Pengkajian pola fungional

Pengkajian pola fungsional mennurut Virginia Handerson :

1. Kebutuhan bernafas
    a. Sebelum sakit : mengatakan tidak pernah sesak napas. Aktivitas sehari-hari dilakukan tanpa gangguan pernapasan.
    b. Selama sakit : Pasien mengatakan tidak sesak napas. RR 20.
2. Kebutuhan nutrisi

a. Sebelum sakit : makan 3 x/sehari dengan porsi sedang, nafsu makan baik. Pasien sering mengonsumsi makanan asin, gorengan, dan minum kopi 2-3 gelas per hari. Minum sekitar 1.500–2.000 ml/hari.
b. Selama sakit : Pasien makan 3 x/sehari sesuai diet gizi RS (diet rendah garam), nafsu makan cukup, menghabiskan seperempat porsi makanan. Minum sekitar 1.500 ml/hari.

3. Kebutuhan eliminasi
   a. Sebelum sakit : BAK 5-6 x/hari, BAB 1 kali/hari, tidak ada keluhannya.
   b. Selama sakit : BAK kurang lebih 3 x/hari, BAB 1 x/hari, tidak ada keluhan eliminasi.
4. Kebutuhan keseimbangan dan gerak
   a. Sebelum sakit : Pasien bekerja sebagai kuli bangunan dan mampu melakukan aktivitas berat secara mandiri tanpa bantuan.
   b. Selama sakit : badan lemas dan pusing sehingga aktivitas berkurang. masih mampu berjalan secara mandiri membatasi aktivitas karena nyeri kepala.
5. Kebutuhan istirahat
   a. Sebelum sakit : malamhari tidur sekitar 7/8 jam/hari, tidak pernah mengalami gangguan tidur.
   b. Selama sakit : malamhari tidur hanya sekitar 4/5 jam setiap mala akibat nyerinya. tampak lemas dan mengantuksiang hari.
6. Kebutuhan mempertahankan temperature tubuh

a. Sebelum sakit : tidak pernah terjadi gangguan suhu tubuh dan tidak sering demam.
b. Selama sakit : Suhu tubuh 36,7°C, pasien tidak mengeluhkan demam maupun menggigil.

7. Kebutuhan personal hygine
   a. Sebelum sakit : mandi 2 x/sehari, gosok gigi 2 x/sehari, keramas 2-3 x/seminggu, memotong kuku rutin, seluruh aktivitas dilakukan secara mandiri.
   b. Selama sakit : Selama dirawat pasien tetap mampu melakukan personal hygiene secara mandiri, sesekali dibantu istri karena badan terasa lemas. Kebersihan diri tampak baik.

8. Kebutuhan komunikasi
   a. Sebelum sakit : Pasien mampu berkomunikasi dengan keluarga dan lingkungan sekitar menggunakan bahasa Jawa dan Indonesia tanpa hambatan.
   b. Selama sakit : komunikasi secara baik, berbicara jelas, kooperatif, berorientasi dengan tepat terhadap waktu, tempat, dan orang (Compos Mentis).
9. Kebutuhan spiritual

a. Sebelum sakit : Pasien beragama Islam dan rutin melaksanakan kewajiban beribadah di rumah.
b. Selama sakit : berusaha menunaikan ibadah sesuai kondisi selama dirawat dan berdoa supaya diberikan kesembuhan.

10. Kebutuhan berpakaian & memilih pakaian
    a. Sebelum : mampu memilih dan mengenakan pakaian sendiri sesuai aktivitas sehari-hari.
    b. Selama sakit : Pasien mengenakan pakaian dipiih / dibawakan keluarganya dan masih mampu berpakaian sendiri, sesekali dibantu keluarga saat merasa lemas.
11. Kebutuhan aman&nyaman
    a. Sebelum sakit : merasa nyaman dalam melakukan aktivitas hariannya dan tidak memiliki keluhan fisik.
    b. Selama sakit : kurang merasa aman&nyaman karena nyeri kepalatengkuk, pusing, badan lemas, dan kesemutankedua kaki.
12. Kebutuhan bekerja
    a. Sebelum sakit : kuli bangunan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
    b. Selama sakit : tidak dapat bekerja & hanya beristirahat total seperti anjuran dokter.
13. Kebutuhan rekreasi
    a. Sebelum sakit : biasanya melakukan *family-time*

b. Selama sakit : Selama dirawat pasien tidak melakukan aktivitas rekreasi dan lebih banyak beristirahat di Kasur RS.

14. Kebutuhan belajar

a. Sebelum sakit : Tidak bisa mengetahui secara mendalam mengenai hipertensi, penyebab, komplikasi.

b. Selama sakit : bersedia menerima edukasi mengenai hipertensi, terapi Foot Massage, diet rendah garam, kepatuhan minum obat, aktivitas fisik, serta perubahan gaya hidup sehat. Pasien mampu mengulangi kembali sebagian informasi telah diberikan.

D. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum PX

a. Kesadaran :CM, E: 4 M: 6 V:5 GCS= 15

b. Penampilan : kooperatif

2. TTV

a. TD : 156/100 mmHg

b. N : 88 x/menit

c. RR : 20x/menit

d. S : 36,7°C

3. Antropometri

   a. TB : 168 cm

   b. BB : 60 kg

   c. IMT : 21,3 (berat badan ideal)

4. Kepala

   a. Bentuk : simetris, meso chepal, tidak terdapatada lesikepala

   b. Rambut : tipis, tekstur halus, sedikit ikal, Pendek, warna hitam terdapat uban, tidak ada lesi di kulit kepala, rambut bersih.

   c. Mulut: kondisi mulut lidah lembab, simetris, lembab, tidak ditemukan stomatitis/sariawan/peradangan, dan tidak terdapat pelebaran tonsil.

   d. Mata : kondisi mata simetris, konjungtiva un-anemis, sklera un-ikterik, pupil dengan isokor, penglihatan normal tidak ada masalah, mata terlihat sayu & berair.

   e. Hidung: kondisi hidung simetris, Gerakan cuping hidung tidak ditemukan, tak ada penumpukan secret, fungsi penciuman bagus, tidak terdapat adanya polip dan/ sinusitis.

   f. Telinga: simetris, penumpukan serumen & gangguan pendengaran/ pendengaran normal dan baik.

   g. Leher: tidak ditemukannya ada pembesaran kelenjar tyroid/getah bening dan peningkatan adanya venajugularis.

5. Dada

   a. Paru-paru

      Inspeksi :Bentuk simentris, tidak terlihat retraksi inter costasaat inspirasi dan ekspirasi

Palpasi :Tidak adanya nyeri, vocal fremitus teraba dan pengembangan sama

Perkusi :Bunyi normal, sonor

Auskultasi :Bunyi paru normal terdapat vesikuler, tidakadanya ditemukan bunyi nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing.

b. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tak terlihat langsung.

Palpasi : Ictus cordis dapat dirasa terabaintercostal ke V linea diameter 2cm

Perkusi :Bunyi jantung ditemukan pekakdada kiri intercostal 2 lateral sinestra sternum Intercostal 3 di line midklavikula sampai sternum intercostal 4 di line midklavikula sampai sternum, intercostal 5 di 2 cm lateral sinistra line midklavikula sampai sternum.

Ausklutasi :Bunyi regular (lup dup) tidakadanya terdapat bunyi jantung tambahan (mur-mur) di apeks vertikel kiri.

6. Abdomen

Inspeksi: dada simetris

Auskultasi: Suara napas vesikuler

Perkusi: Bunyi timpani di seluruh 4 kuadran

Palpasi: Terdapat nyeri tekanperut bawah

7. Genetalia

Tidak ditemukan adanya keluhan, benjolan, pendarahan, DC kateter

8. Anus

Tidak terdapat benjolan/hemoroid, tidak terdapat perdarahan

9. Ekstermitas

a. Superior :Tidak ada kelainan bawaan, tangan mampu digerakkan, tangan kanan telah dilakukan pemasangan infus RL 20 TPM, tidak ditemukannya odem, akral hangat.

b. Inferior : Tidak ada kelainan bawaan, kedua kaki bisa digerakkan, tidak ada kelainan/cacat, tidak terdapat lesi, tidak terdapat odem dan tidak ada varises.

5	**5**
5	**5**

10. Kuku & Kulit

Kulit agak kecokatan, tugor kulit bagus, tidak ditemukannya edema, kuku bersih akral dingin.

11. Pengkajian Nyeri

a. P (provoking) : Hipertensi

b. Q (quality) : Nyeri seperti berdenyut.

c. R (region) : (tengkuk).

d. S (severity) : 5

e. T (time) : hilang&timbul

E. Pemeriksaan Penunjang

Terdapat hasilnya sebegai berikut, dilakukan saat, 23 Maret 2026

Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan	Interpretasi
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	13,2	14 - 18	g/dL	Rendah

Leukosit	10850	3800 - 10600	/uL	Rendah
Hematokrit	38%	40 - 48	%	Rendah
Trombosit	277000	150000 - 450000	/uL	Normal
KIMIA KLINIK				
GDS	77,1	<180	mg/dL	Normal
Ureum	41,4	1 - 50	mg/dL	Normal
CreatininDarah	1,61	0,67 – 1,36	mg/dL	Meningkat

F. Terapi Pengobatan

Terapi pengobatan tanggal, 24-26 Maret 2026

Nama Obat	Rute	Dosis	Indikasi
Ringer Lactat	IV	20 Tpm	Pengganti cairan dan elektrolit tubuh hilang
Amplodipine	Oral	1x5 mg	Menurunkan tekanan darah tinggi
Ketorolac	IV	3x30 mg	Mengatasi nyeri
Ranitidine	IV	3x25 mg	Menurunkan produksi asam lambunng

G. Analisa Data

No	Hari/Tgl	Data Fokus	Masalah	TTD
1.	Selasa, 24 Maret 2026	DS: Pasien mengatakan kepala terasa pusing, Pasien mengatakan badan terasa lemas, Pasien mengatakan kedua kaki terasa kesemutan dan dingin. DO: Paisen tampak pucat, Akral teraba dingin, Pasien tampak lemas,	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Ayu

		Tekanan darah 156/100 mmHg, Nadi 88 x/menit. CRT 1 detik		
2.	Selasa, 24 Maret 2026	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang (tengkuk) terasa nyeri seperti berdenyut, Pasien mengatakan skala nyeri 5, Pasien mengatkan nyeri hilang timbul, nyeri berkurang saat beristirahat. DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak memegangi tengkuk, Ekspresi wajah tampak menahan nyeri, pasien tampak gelisah, sulit tidur.	Nyeri akut (D.0077)	 Ayu
3.	Selasa, 24 Maret 2026	DS: Pasien mengatakan sulit tidurmalam hari, Pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri kepala, asien mengatakan tidur hanya sekitar 4-5 saat malam hari. DO: Pasien tampak lemas, Mata tampak sayu, Pasien sering menguap, pasien tampak kurang segar saat bangun tidur.	Gangguan pola tidur (D.0055)	 Ayu

H. Diagnosa Keperawatan

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Selasa, 24 Maret 2026	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan resistensi vaskuler perifer d.d pasien mengeluh lemas, kaki terasa kesemutan, tekanan darah 156/100 mmHg, pasien tampak lemas, **,** Akral teraba dingin, Tampak pucat,. (D.0009)	Kamis, 26 Maret 2026	 Ayu
2.	Selasa, 24 Maret 2026	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (hipertensi) d.d pasien mengeluh nyeri dengan skala 5, nyeri hilang timbul, bertambah saat beraktivitas, berkurang saat istirahat, pasien tampak meringis dan memegangi bagian	Kamis, 26 Maret 2026	 Ayu

		tengkuk, Pasien tampak meringis, pasien tampak memegangi tengkuk, Ekspresi wajah tampak menahan nyeri, pasien tampak gelisah, sulit tidur, Tekanan darah meningkat. (D.0077)		
3.	Selasa, 24 Maret 2026	Gangguan pola tidur b.d nyeri d.d pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun akibat nyeri kepala, tidur hanya 4-5 jam setiap malam, pasien tampak lemas, mata tampak sayu dan sering menuap, mengeluh sering terjaga dimalam hari. (D.0055)	Kamis, 26 Maret 2026	 Ayu

I. Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	***Luaran Utama: Perfusi Perifer Meningkat (L.02011)*** Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: a. Warna kulit pucat menurun b. Akral membaik	***Intervensi Utama: Perawatan Sirkulasi (I.02079)*** **Observasi** a. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkakekstremitas **Terapeutik**

a. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
b. Hindari pengukuran tekanan darahekstremitas dengan keterbatasan perfusi
c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquetarea cidera
d. Lakukan pencegahan infeksi
e. Lakukan perawatan kaki dan kuku: *Foot massage*
f. Lakukan hidrasi

Edukasi

a. Anjurkan berhenti merokok
b. Anjurkan berolahraga rutin
c. Anjurkan mengecek air mandi guna menghindari kulit terbakar
d. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu
e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur
f. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta
g. Anjurkan melakukan perawatan kulit tepat (mis: melembabkan kulit keringkaki)
h. Anjurkan program rehabilitasi vaskular

		i. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3) **j.** Informasikan tanda dan gejala darurat harus dilaporkan (mis: rasa sakit tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)
Nyeri akut (D.0077)	***Luaran Keperawatan: Tingkat Nyeri (L.08066)*** Ekspektasi: menurun Kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun. b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun.	***Intervensi Utama: Manajemen Nyeri (I.08238)*** **Observasi** a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Idenfitikasi respon nyeri non verbal d. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyerikualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik **Terapeutik**

		a. Berikan Teknik nonfarmakologis guna mengurangi nyeri (mis: terapi pijat) b. Kontrol lingkungan memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri **Edukasi** a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat e. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri **Kolaborasi** a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Gangguan pola tidur (D.0055)	***Luaran Utama: Pola Tidur Membaik (L.05045)*** Setelah diberikan asuhan keperawatan selam 3x24 jam diharapkan pola	***Intervensi Utama: Edukasi Aktivitas dan Istirahat (I.12362)*** **Observasi** a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi **Terapeutik**

	tidur membaik dengan kriteria hasil: a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun d. Keluhan pola tidur berubah menurun e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	a. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat b. Jadwalkan pemberian Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan c. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga guna bertanya **Edukasi** a. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin b. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain atau aktivitas lainnya c. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat d. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis: kelelahan, sesak napas saat aktivitas) e. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan

J. Implementasi keperawatan

Hari/Tgl/Jam	No DX	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Selasa, 24 Maret 2026 07.10 WIB	1	Mengidentifikasi kondisi umum pasien.	DS: Pasien mengatakan kepala masih pusing, badan lemas, dan kaki kesemutan.	Ayu

			DO: TD 156/100 mmHg, Nadi 88 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,7°C, akral hangat, CRT 1 detik.	
07.15 WIB	2	Mengkaji skala nyeri	DS: Nyeri kepala berdenyut skala5 DO: Pasien tampak meringis dan memegang tengkuk.	Ayu
07.17 WIB	1	Mengukur tekanan darah sebelum *Foot Massage.*	DS:- DO: TD 156/100 mmHg.	Ayu
07.20 WIB	1	Menjelaskan tujuan, prosedur, dan manfaat *Foot Massage.*	DS: Pasien mengatakan memahami tujuan dan prosedur foot massage. DO: Pasien tampak kooperatif.	Ayu
07.30 WIB	1	Melakukan *Foot Massage* sesuai SOP selama 20 menit.	DS: Pasien mengatakan merasa nyaman dan kaki lebih hangat. DO: Pasien tampak rileks selama tindakan	Ayu

07.50 WIB	1	Mengukur tekanan darah setelah *Foot Massage*	DS: Kepala terasa lebih ringan. DO: TD 150/100 mmHg.	 Ayu
08.00 WIB	2	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.	DS: Nyeri berkurang. DO: Skala nyeri menjadi 4, pasien tampak lebih tenang.	 Ayu
08.15 WIB	2	Menganjurkan istirahat dan membatasi aktivitas saat nyeri muncul.	DS:Pasien mengatakan akan membatasi aktivitas untuk tidak banyak bergerak DO: Pasien tampak memahami.	 Ayu
08.30 WIB	3	Mengkaji pola dan kualitas tidur pasien	DS: Tidur 4-5 jam dan sering terbangun. DO: Pasien tampak mengantuk.	 Ayu
10.30 WIB	1	memberikan amplodipine 5 mg (oral)	DS: Setelah minum pasien mengatakan tidak terdapat keluhan efek samping dari obat. DO: Obat amplodipine 5mg secara oral telah diberikan.	 Ayu

11.30 WIB	1	Memantau perfusi perifer dan keluhan kesemutan.	DS: Kesemutan berkurang. DO: Akral hangat, CRT 1 detik.	 Ayu
12.30 WIB	2	Mengevaluasi intensitas nyeri.	DS**:** Nyeri lebih ringan. DO: Skala nyeri 4.	 Ayu
13.30 WIB	1,2,3	Mengevaluasi hasil tindakan dan menyiapkan serah terima	DS: Pasien merasa lebih nyaman. DO: TD 150/100 mmHg, kondisi umum stabil.	 Ayu
14.00 WIB	1	Mengkaji tanda vital dan kondisi umum pasien.	DS: Pasien mengatakan kepala sudah lebih ringan. DO: TD 148/98 mmHg**,** Nadi 84 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,6°C.	 Ayu
14.15 WIB	2	Mengkaji intensitas nyeri kepala.	DS: Nyeri kepala skala **3**. DO: Pasien tampak lebih rileks, tidak meringis**.**	
17.30 WIB	1	Memantau perfusi perifer dan keluhan kesemutan	DS: Kesemutan semakin berkurang. DO: Akral hangat, CRT 1 detik.	

19.00 WIB	2	Mengajarkan relaksasi napas dalam saat nyeri muncul.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah latihan. DO: Skala nyeri tetap **3**.
20.30 WIB	1,2,3	Mengevaluasi kondisi pasien dan menyiapkan serah terima.	DS: Pasien merasa lebih nyaman dan tidak terlalu pusing. DO**:** Kondisi umum stabil, pasien tampak tenang.
21.32 WIB	3	Mengkaji kondisi umum, perfusi perifer, dan tanda vital.	DS: Pasien mengatakan kepala masih sedikit pusing. DO: TD 146/96 mmHg, Nadi 82 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,6°C.
05.30 WIB	3	Mengevaluasi kualitas tidur pasien.	DS: Pasien mengatakan tidur lebih nyenyak dibanding malam sebelumnya. DO: Pasien tampak segar saat bangun tidur.

Rabu, 25 Maret 2026 07.10 WIB	2	Mengkaji skala nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala sudah jauh berkurang, skala nyeri **2**, hanya terasa saat banyak bergerak. DO: Pasien tampak rileks, tidak lagi memegang tengkuk.	 Ayu
07.15 WIB	1	Mengukur tekanan darah sebelum dilakukan terapi f*oot massage*.	DS: Pasien mengatakan siap dilakukan f*oot massage* kembali. DO: TD sebelum tindakan 147/90 mmHg**.**	 Ayu
07.20	1	Menjelaskan kembali tujuan dan manfaat f*oot massage* serta meminta persetujuan pasien sebelum tindakan.	DS: Pasien mengatakan terapi kemarin membuat tubuh terasa nyaman. DO: Pasien kooperatif, memperhatikan penjelasan telah diberikan dan memahami prosedur.	 Ayu
07.30 WIB	1	Melakukan f*oot massage* sesuai SOP	DS: Pasien mengatakan kedua kaki terasa lebih hangat dan nyaman setelah	 Ayu

			dipijat. DO: Pasien tampak rileks selama tindakan, wajah tampak tenang.	
07.50 WIB	1	Mengukur tekanan darah setelah f*oot massage.*	DS: Pasien mengatakan kepala terasa lebih ringan dibandingkan sebelum tindakan. DO: TD sesudah tindakan 145/90 mmHg**.**	 Ayu
08.00 WIB	2	Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam	DS: Pasien mengatakan setelah latihan napas terasa lebih rileks. DO: Pasien mampu mempraktikkan teknik dengan benar.	 Ayu
08.20 WIB	3	Mengkaji kualitas tidur pasienmalam sebelumnya.	DS: Pasien mengatakan semalam tidur sekitar 6 jam, hanya sekali terbangun, dan merasa lebih segar saat bangun tidur. DO: Mata tampak lebih	 Ayu

			segar, pasien tidak tampak mengantuk.	
14.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang dengan skala **2**. DO: Pasien tampak rileks, tidak meringis.	 Ayu
13.40 WIB	2	Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan anjurkan posisi nyaman.	DS: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah latihan napas dalam. DO: Pasien mengikuti latihan dengan benar, tampak lebih rileks.	 Ayu
21.30 WIB	2	Mengkaji kembali intensitas nyeri menggunakan skala NRS.	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala sudah sangat berkurang dengan skala **2** dan tidak mengganggu istirahat. DO: Pasien tampak tenang, tidak meringis, ekspresi wajah rileks.	

06.00 WIB	1,2,3	Mengevaluasi perkembangan kondisi pasien	DS: Pasien mengatakan dapat tidur sekitar 6 jam, hanya terbangun satu kali guna BAK, badan terasa lebih segar. DO: Pasien tampak segar, keadaan umum baik.	
Kamis, 26 Maret 2026 07.15 WIB	1	Memonitor tanda-tanda vital, perfusi perifer, dan ukur tekanan darah sebelum *foot massage.*	DS: Pasien mengatakan badan terasa lebih segar, kepala sudah tidak pusing, dan kedua kaki sudah tidak kesemutan. DO: TD 130/80 mmHg, Nadi 78 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, akral hangat, CRT 1 detik.	 Ayu
07.30 WIB	1	Melakukan *foot massage* sesuai SOP	DS: Pasien mengatakan kaki terasa lebih hangat, badan rileks, dan nyaman setelah dilakukan *foot massage.* DO: Pasien tampak rileks	 Ayu

			dan kooperatif selama tindakan.	
07.50 WIB	1	Mengukur tekanan darah setelah *foot massage.*	DS: Pasien mengatakan kepala terasa ringan dan badan semakin nyaman. DO: TD 125/80 mmHg.	Ayu
10.00 WIB	1,2,3	Mengkaji nyeri dan pola tidur	DS: Pasien mengatakan nyeri kepala sudah tidak ada (skala 0) dan semalam tidur 7 jam tanpa terbangun karena nyeri. DO: Pasien tampak segar, rilek.	Ayu
14.30 WIB	1	Memonitor tanda-tanda vital dan perfusi perifer.	DS: Pasien mengatakan badan terasa sehat, kepala tidak pusing, dan kedua kaki sudah tidak kesemutan. DO: TD 125/80 mmHg, Nadi 76 x/menit, RR 20 x/menit, Suhu 36,5°C, akral hangat, CRT 1 detik.	

K. Evaluasi keperawatan

Hari/Tgl	DX	Evaluasi (SOAP)	TTD
Selasa, 24 Maret 2026	DX 1	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan kepala terasa lebih ringan. Pasien mengatakan kedua kaki masih sedikit kesemutan, sudah berkurang setelah dilakkan *Foot Massage*. **O (Objektif):** TD**:** 150/100 mmHg (setelah *foot massage*). Nadi: 84 x/menit. Akral hangat. CRT 1 detik. Pasien tampak lebih rileks. **A (Assessment):** Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi **P (Planning):** Lanjutkan pemantauan tanda vital. Lanjutkan terapi *foot massage* Kolaborasi pemberian obat antihipertensi.	 Ayu
	DX 2	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang. Skala nyeri 4. P: hipertensi Q: berdenyut R: belakang kepala/tengkuk S: skala 4 T: hilang timbul **O (Objektif):** Pasien tampak lebih rileks.	 Ayu

			Tidak terlalu sering memegang tengkuk. Ekspresi nyeri berkurang. **A (Assessment):** Masalah nyeri akut belum teratasi **P (Planning):** Kaji nyeri secara berkala. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam. Anjurkan istirahat cukup. Kolaborasi terapi analgesik bila diperlukan.	
		DX 3	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan masih sulit tidur akibat nyeri kepala. **O (Objektif):** Pasien tampak lemas. Mata tampak sayu. **A (Assessment):** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P (Planning):** Ciptakan lingkungan nyaman. Kaji kembali kualitas tidurhari berikutnya.	 Ayu
Rabu, 25 Maret 2026		DX 1	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan badan terasa lebih ringan. Pasien mengatakan kesemutan hampir tidak dirasakan. **O (Objektif):** TD: 145/90 mmHg. Akral hangat. CRT 1 detik. Nadi perifer kuat.	 Ayu

	A (Assessment): Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. **P (Planning):** Lanjutkan observasi perfusi perifer. Lanjutkan *foot massage* sesuai jadwal. Kolaborasi terapi antihipertensi.	
DX 2	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan nyeri kepala jauh berkurang. Skala nyeri 2. P: hipertensi Q: berdenyut R: belakang kepala/tengkuk S: skala 2 T: hilang timbul **O (Objektif):** Pasien tampak rileks. Tidak meringis. Tidak memegang tengkuk. **A (Assessment):** Masalah nyeri akut belum teratasi. **P (Planning):** Monitor nyeri. Lanjutkan teknik relaksasi. Anjurkan aktivitas sesuai toleransi.	 Ayu
DX 3	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan semalam tidur sekitar 6 jam. Hanya sekali terbangun.	 Ayu

		O (Objektif): Pasien tampak lebih segar. Mata tidak terlalu sayu. **A (Assessment):** Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P (Planning):** Evaluasi kualitas tidurhari berikutnya.	
Kamis, 26 Maret 2026	DX 1	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan kepala sudah tidak pusing. Pasien mengatakan kedua kaki sudah tidak kesemutan. Pasien mengatakan badan terasa sehat. **O (Objektif):** TD: 125/80 mmHg (setelah *foot massage*). Nadi: 76 x/menit. Akral hangat. CRT 1 detik. Perfusi perifer baik. **A (Assessment):** Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi. **P (Planning):** Pertahankan kondisi pasien. Anjurkan kontrol tekanan darah secara rutin. Anjurkan melanjutkan pola hidup sehat.	Ayu
	DX 2	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan nyeri kepala sudah hilang. P: hipertensi Q: sudah tidak merasakan nyeri berdenyut R: belakang kepala/tengkuk S: skala 0	Ayu

	T: sudah tidak muncul **O (Objektif):** Skala nyeri 0. Pasien tampak nyaman. Ekspresi wajah rileks. **A (Assessment):** Masalah nyeri akut teratasi. **P (Planning):** Pertahankan kenyamanan pasien.	
DX 3	**S (Subjektif):** Pasien mengatakan tidur sekitar 7 jam. Tidak terbangun karena nyeri. **O (Objektif):** Pasien tampak segar. Mata tampak cerah. Tidak mengantuksiang hari. **A (Assessment):** Masalah gangguan pola tidur teratasi. **P (Planning):** Anjurkan mempertahankan pola tidur baik.	 Ayu