

BAB IV

PEMBAHASAN

Pembahasan di bab IV penulis akan membahas perbedaan antara BAB II dan III dalam Asuhan Keperawatan Tn. U yang mengidap hipertensi di Rs Panti Rahayu (YAKKUM) Purwodadi dengan tahapan keperawatan berupa Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Rencana Keperawatan, Catatan Keperawatan, serta Catatan Perkembangan. Proses ini dilakukan pada tanggal 30 Maret – 1 April 2026, dan akan penulis uraikan secara lengkap di bawah ini:

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah laporan mengenai hasil pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membangun data dasar tentang pasien, serta mencatat respons kesehatan pasien. Pengkajian yang menyeluruh dan sistematis akan mendukung dalam mengidentifikasi masalah-masalah yang dihadapi pasien. Masalah-masalah ini, dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar, akan dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan Rahmanti, Aromanis, and Pamungkas 2022.

Setelah dilakukan beberapa pengkajian sesuai dengan keluhan klien dapat ditegakan beberapa masalah keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien saat ini. Beberapa masalah keperawatan yang dapat ditegakan dari hasil pengkajian diatas yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri Akut b.d Peningkatan Tekanan Intrakranial D. 0077

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional tidak menyenangkan yang muncul secara mendadak atau lambat dengan

intensitas dari ringan hingga berat, nyeri ini biasanya terjadi akibat peningkatan tekanan darah tinggi pada intracranial, dan berfungsi sebagai tanda peringatan bahwa tubuh sedang mengalami gangguan atau kerusakan Murtiono and Ketut 2020. Batasan karakteristik dari nyeri akut dapat dikenali melalui tanda-tanda secara subjektif dan objektif. Secara subjektif meliputi, mengeluh nyeri. Secara obyektif yaitu, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, PPNI, 2016.

Berdasarkan analisa data hasil pengkajian pada hari Senin, 30 Maret 2026 ditemukan masalah keperawatan nyeri akut, didapatkan data pada pasien yaitu mengatakan nyeri pada kepala, nyeri disebabkan karena tekanan darah tinggi pada intracranial, nyeri yang di rasakan seperti di nyut-nyutan, nyeri di kepala dang temgkuk bagian belakang, skala nyeri 5, nyeri hilang-timbul, tampak meringis kesakitan, sering memegangi kepalanya, gelisah.

Dari batasan karakteristik diatas yang sama dengan pengkajian adalah mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, bersikap protektif, dan sulit tidur, yang mana diagnosa sudah bisa di tegakkan karena $\geq 80\%$ dari tanda dan gejala mayor PPNI, 2016.

2. Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur D.0055

Gangguan pola tidur merupakan suatu kondisi ketika seseorang

mengalami gangguan pada kualitas dan kuantitas waktu tidurnya akibat peningkatan tekanan darah / hipertensi ini terjadi karena adanya keluhan fisik seperti sakit kepala, tengkuk terasa berat maupun kecemasan psikologis terkait penyakitnya yang mengganggu kenyamanan beristirahat Martini, Roshifanni, and Marzela 2018.

Batasan karakteristik dari gangguan pola tidur secara subjektif adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah serta mengeluh istirahat tidak cukup mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Secara objektif tidak tersedia PPNI, 2016.

Berdasarkan dari analisa data hasil pengkajian hari Senin, 30 Maret 2026 di temukan masalah gangguan pola tidur pada pasien mengatakan sulit tidur, hanya tidur 4 jam saat malam hari, pada siang hari tidak bisa tidur dan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan., pasien mengatakan tidak puas tidurnya, sehingga istirahatnya juga tidak cukup, mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar bola mata, pasien tampak lemas dan pasien sering menguap pada siang hari.

Dari batasan karakteristik diatas yang sama dengan pengkajian adalah mengeluh sulit tidur, mengeluh pola tidur berubah, tidak puas tidur, dan mengatakan istirahat tidak cukup yang mana diagnosa sudah bisa di tegakkan karena $\geq 80\%$ dari tanda dan gejala mayor PPNI, 2016.

3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d hipertensi D. 0017

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah situasi yang memiliki

potensi menyebabkan berkurangnya distribusi aliran darah ke otak, sehingga fungsi otak bisa terganggu akibat kurangnya sirkulasi Andi et al. 2017.

Batasan karakteristik dari risiko perfusi serebral tidak efektif mencakup perubahan dalam perilaku, kesadaran yang menurun, pola pernapasan yang berubah, tekanan darah yang tidak stabil, serta keluhan seperti sakit kepala, rasa pusing, dan perasaan gelisah PPNI, 2016.

Berdasarkan dari analisa data hasil pengkajian hari Senin, 30 Maret 2026 di temukan masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif, didapatkan data pada pasien yaitu pasien mengatakan dari tengkuk hingga kepalanya terasa sakit, sehingga pasien tampak gelisah dan cemas, tekanan darah 150/90 mmHg, memiliki riwayat hipertensi dan perokok aktif.

Dari batasan karakteristik diatas yang sama dengan pengkajian adalah mengeluh sakit kepala, perasaan gelisah, memiliki tekanan darah tinggi, dan perubahan perilaku, sehingga diagnosa sudah bisa di tegakkan karena sesuai dengan batasan karakteristik SLKI PPNI, 2016.

4. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hipertensi D.0009

Risiko Perfusi perifer yang tidak efektif menggambarkan suatu kondisi dimana suplai darah ke bagian ekstremitas tubuh tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi dan nutrisi jaringan, sehingga dapat menimbulkan risiko cedera jaringan PPNI, 2019. Gangguan ini sering dijumpai pada pasien dengan masalah sistem vaskular seperti penyakit arteri perifer PAD, diabetes melitus, maupun gagal jantung.

Ketiga kondisi tersebut biasanya melibatkan penyempitan atau obstruksi pada pembuluh darah perifer Andi et al. 2017.

Batasan karakteristik dari perfusi perifer tidak efektif secara subjektif tidak tersedia. Secara objektif adalah pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun, akral teraba dingin warna kulit pucat, edema, tugor kulit menurun PPNI, 2016.

Berdasarkan dari analisa data hasil pengkajian hari Senin, 30 Maret 2026 di temukan masalah risiko perfusi perifer tidak efektif, didapatkan data pada pasien yaitu pasien tampak lemas, konjungtiva anemis, warna kulit dan kuku pucat, CRT <3 detik, , Hb 10,3 g/dl.

Dari batasan karakteristik diatas yang sama dengan pengkajian yang mana diagnosa sudah bisa di tegakkan karena $\geq 80\%$ dari tanda dan gejala mayor PPNI, 2016.

5. Risiko Jatuh b.d anemia D. 0143

Risiko jatuh adalah keadaan di mana individu memiliki peningkatan risiko untuk jatuh akibat faktor internal seperti gangguan keseimbangan, kelemahan otot, atau penurunan kesadaran dan, anemia Luzia, Antonio, and Victor 2014.

Pada pasien Tn. U, hasil pengkajian Pasien mengatakan kepalanya pusing dan badannya lemas, Pasien tampak membutuhkan bantuan orang lain saat berjalan ke kamar mandi, Hb 10,3 g/dl menunjukkan anemia ringan. Oleh karena itu, diagnosa risiko jatuh diangkat, sebagai langkah preventif untuk meminimalisir terjadinya risiko jatuh.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah keluaran dari proses penilaian klinis yang menilai bagaimana individu, keluarga, kelompok, atau komunitas memberikan respons terhadap kondisi kesehatan, dinamika kehidupan, maupun kemungkinan risiko yang dapat timbul. Untuk dapat menetapkan diagnosis keperawatan secara tepat, diperlukan standar yang jelas sebagai acuan dalam proses penilaian klinis tersebut. Penegakan diagnosis keperawatan merupakan salah satu aspek kunci dalam pelaksanaan Standar Asuhan Keperawatan, yang perlu dijalankan secara profesional. Hal ini ditegaskan dalam Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Pasal 30, di mana perawat sebagai penyedia layanan keperawatan diwajibkan memiliki kompetensi diagnostik yang kuat Haryani 2018.

Dari proses pengkajian yang telah dilakukan pada Tn.U penulis telah mendapatkan beberapa data yang sudah di kaji serta dianalisa sehingga penulis dapat menegakkan 5 diagnose yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri Akut b.d Peningkatan Tekanan Intrakranial D. 0077

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan, atau menyerupai yang terkait dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial IASP, 2020. Dalam Keputusan Menteri Kesehatan KMK No. HK.01.07- MENKES-425 menyebutkan permasalahan nyeri dibagi dua yakni diagnosa nyeri akut dan nyeri kronis Kemenkes RI, 2020. Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau

fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan PPNI, 2016.

Secara patofisiologi Nyeri kepala akut yang terjadi pada pasien dengan hipertensi disebabkan oleh peningkatan tekanan darah secara mendadak pada sistem autoregulasi otak. Ketika sistem ini terganggu, terjadi penyempitan berlebihan pada pembuluh darah otak vasokonstriksi sebagai bentuk reaksi perlindungan tubuh. Penyempitan tersebut menyebabkan berkurangnya aliran darah ke jaringan otak, sehingga menimbulkan iskemia ringan pada jaringan saraf. Kondisi ini akan mengaktifkan jalur nosiseptif melalui rangsangan terhadap saraf trigeminal yang berperan dalam menghantarkan sinyal nyeri dari pembuluh darah. Iskemia ini juga menyebabkan akumulasi zat metabolik seperti asam laktat dan substansi, yang dapat langsung mengaktivasi reseptor nyeri di pembuluh darah. Selain itu, lonjakan tekanan darah juga memicu peningkatan sementara tekanan di dalam rongga kepala tekanan intrakranial Supriadi, Fitri, and Dewi 2024.

Faktor pendukung diagnosa nyeri akut yaitu pada saat pengkajian hari Senin, 30 maret 2026, pasien mengatakan nyeri pada kepala dang tengkuk, nyeri karena tekanan darah tinggi, seperti nyut-nyutan, di tengkuk hingga kepala bagian belakang, skala nyeri 5, nyeri hilang-timbul, tampak meringis kesakitan, memegangi kepalanya, gelisah.

Penulis menetapkan diagnosis Nyeri Akut menempati prioritas pertama karena termasuk kebutuhan fisiologis sesuai dengan menurut

hierarki Maslow 1943. Pada pasien hipertensi, nyeri kepala sering muncul akibat peningkatan tekanan darah dan vasokonstriksi pembuluh darah. Walaupun tidak selalu mengancam jiwa secara langsung, nyeri yang tidak ditangani dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis sehingga tekanan darah semakin meningkat dan memperburuk kondisi pasien Ashari Bahar 2021.

2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur D.0055

Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas dan kuantitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal. PPNI, 2016.

Secara patofisiologi saat penderita hipertensi mencoba tidur, aktivitas sistem saraf simpatik SNS yang tinggi ini melepaskan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol secara berlebihan. Hormon-hormon ini meningkatkan denyut jantung, mempersempit pembuluh darah, dan menjaga otak dalam kondisi waspada penuh hyperarousal state. Hal ini secara langsung mengganggu transisi dari tidur ringan ke tidur dalam fase Slow-Wave Sleep dan REM, sehingga pola tidur menjadi terfragmentasi terputus-putus. Ketika pola tidur sudah terganggu dan pasien mengalami kurang tidur mengakibatkan meningkatkan risiko kerusakan organ target seperti stroke dan gagal jantung, memaksa pembuluh darah untuk terus berkontraksi menyempit dan meningkatkan frekuensi denyut jantung, volume darah yang beredar di dalam pembuluh darah meningkat Widiyastuti, Syahrudin, and Wahyu 2024.

Faktor pendukung untuk diagnosa ini adalah saat pengkajian pada

hari Senin, 30 maret 2026, pasien mengatakan sulit tidur, malam hari tidur 4 jam, disiang hari tidak bisa tidur, sering terbangun karena nyeri yang dirasakan, dan tidak puas tidurnya, sehingga istirahatnya juga tidak cukup, mata pasien tampak sayu dan terlihat kehitaman disekitar bola mata, pasien tampak lemas dan pasien sering menguap pada siang hari.

Penulis mengangkat diagnosa gangguan pola tidur karena berdasarkan dari pengertian kelainan pola tidur, hal ini menimbulkan penurunan kualitas tidur yang berdampak pada kesehatan dan keselamatan penderitanya, gangguan pola tidur pasien disebabkan karena nyeri sehingga penulis menempatkan nyeri akut terlebih dahulu untuk mengatasi penyebab gangguan pola tidur. Munculnya diagnosa gangguan pola tidur dapat ditandai dengan klien merasa mengantuk pada siang hari, serta mengalami kesulitan tidur pada malam hari Ismawati 2017.

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi D. 0017

Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah keadaan di mana individu berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak, yang dapat menyebabkan iskemia atau kerusakan neurologis seperti iskemia atau edema serebral PPNI, 2016. Dalam jurnal penelitian oleh Ramadhani et al. 2021, disebutkan bahwa pasien dengan tekanan darah tinggi, sangat rentan mengalami gangguan perfusi serebral akibat peningkatan tekanan intrakranial yang menyertai proses perdarahan. Hal ini berisiko menurunkan aliran darah ke jaringan otak dan memperparah cedera neurologis.

Secara patofisiologis pada risiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh tekanan darah tinggi secara terus-menerus merusak lapisan dalam endotel pembuluh darah serebral, sehingga dinding pembuluh menebal, kaku, dan kehilangan elastisitas, serta lumennya menyempit. Dinding pembuluh yang rusak memudahkan penumpukan lemak dan pembentukan plak aterosklerosis yang menyumbat aliran darah. Selain itu, tekanan tinggi bisa memecahkan pembuluh darah kecil, menyebabkan pendarahan di dalam otak, kedua hal ini menghambat suplai darah yang kaya oksigen ke jaringan otak. Jika aliran darah terhambat lebih dari beberapa menit, sel-sel saraf mulai kekurangan pasokan, beralih ke metabolisme yang tidak efisien dan lama-kelamaan mengalami kerusakan permanen. Kondisi ini menimbulkan tanda-tanda awal seperti sakit kepala hebat terutama di bagian belakang, pusing, pandangan kabur, mual muntah, atau penurunan kesadaran. Jika berlanjut, risiko terjadinya stroke iskemik penyumbatan atau hemoragik pendarahan sangat tinggi Indah, Sari, and Wulandari 2024.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Tn.U pada hari Senin, 30 maret 2026, ditemukan tekanan darah tinggi 150/90 mmHg, serta memiliki riwayat hipertensi tahun dan perokok aktif. Faktor penyebab diagnosis ini adalah adanya riwayat hipertensi tidak terkontrol, sehingga dampak jika tidak diatasi, pasien dapat mengalami penurunan kesadaran progresif, iskemia jaringan otak, herniasi batang otak, dan risiko kematian.

Penulis menetapkan Risiko perfusi serebral tidak efektif sebagai

diagnosa ketiga karena berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan fisiologis. Menurut hierarki Maslow 1943, kebutuhan fisiologis merupakan prioritas utama, apabila perfusi serebral terganggu dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang bersifat permanen bahkan mengancam jiwa. Oleh karena itu, diagnosis ini harus diprioritaskan agar komplikasi neurologis dapat dicegah sedini mungkin

4. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hipertensi D.0009

Perfusi perifer tidak efektif merupakan suatu kondisi adanya penurunan kadar hemoglobin yang terus menerus, sehingga mengganggu pemenuhan oksigen ke seluruh tubuh SDKI, 2016.

Secara patofisiologi tekanan darah tinggi berulang menyebabkan kerusakan lapisan endotel pembuluh darah. Dinding pembuluh mengalami penebalan serat otot polos dan penumpukan lemak, sehingga lumen menyempit dan elastisitas menurun. Hal ini menghambat aliran darah yang lancar menuju jaringan perifer. Kadar hemoglobin yang rendah mengurangi jumlah oksigen yang dapat diikat oleh eritrosit. Darah yang kaya oksigen tidak dapat mencapai jaringan perifer dengan cukup cepat dan dalam jumlah yang memadai, sehingga ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan jaringan. Jaringan perifer yang kekurangan oksigen dan nutrisi, serta penumpukan sisa metabolisme yang tidak terbuang sempurna menjadikan sel beralih ke metabolisme anaerob yang menghasilkan asam laktat, sehingga menyebabkan gangguan fungsi sel dan berpotensi kerusakan jaringan. Akibatnya, muncul manifestasi klinis

perfusi perifer tidak efektif yang ditandai dengan pengisian kapiler lambat Capillary Refill Time / CRT > 3 detik, akral teraba dingin, konjungtiva tampak anemis pucat, serta penurunan denyut nadi perifer Andi et al. 2017.

Faktor pendukung untuk diagnosa ini adalah saat pengkajian pada hari Senin, 30 maret 2026, konjungtiva pasien tampak anemis dan didukung dengan hasil lab HB 10,3 g/dl, warna kulit dan kuku pucat, CRT <3 detik. Sehingga dari hasil data objektif yang ada penulis mengangkat diagnose ke tiga ini untuk merespons masalah anemia pada Tn.U.

Penulis menetapkan diagnosis Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif karena masih termasuk kebutuhan fisiologis yang berkaitan dengan sirkulasi darah Maslow 1943. Peningkatan tekanan darah menyebabkan perubahan elastisitas pembuluh darah sehingga perfusi ke jaringan perifer dapat terganggu. Bila tidak ditangani, kondisi ini dapat mengakibatkan penurunan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan sehingga meningkatkan risiko kerusakan organ.

5. Risiko jatuh b.d anemia D. 0143

Risiko jatuh adalah keadaan di mana individu berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh PPNI, 2016.

Secara patofisiologi pada risiko jatuh yang berhubungan dengan anemia menyebabkan kadar hemoglobin Hb menurun, sehingga jumlah oksigen yang dialirkan ke seluruh tubuh. Kurangnya pasokan oksigen di otak memicu gangguan metabolisme sel saraf, sehingga kondisi ini

menyebabkan sakit kepala, pandangan kunang – kunang, dan hilangnya keseimbangan tidak mampu mempertahankan postur tubuh dengan stabil, sehingga risiko terjadinya jatuh sangat tinggi Denfeld, Turrise, and Maclaughlin 2022.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Tn.U pada hari Senin, 30 maret 2026, ditemukan pada saat hendak ke kamar mandi masih perlu dengan bantuan orang lain serta memiliki Hb 10,3 g/dl menunjukkan anamia ringan. sehingga dampak jika tidak diatasi, pasien dapat mengalami kerusakan fisik akibat terjatuh. Oleh karena itu, penanganan terhadap risiko jatuh juga perlu untuk ditangani untuk mencegah komplikasi lanjutan.

Diagnosis Risiko Jatuh ditempatkan pada prioritas terakhir karena termasuk kebutuhan keamanan dan keselamatan *safety needs* dalam hierarki Maslow 1943. Meskipun penting untuk dicegah, risiko jatuh tidak lebih mendesak dibandingkan masalah yang berhubungan dengan perfusi jaringan dan fungsi fisiologis. Pada pasien hipertensi, risiko jatuh dapat disebabkan oleh pusing

Di luar tiga diagnosa keperawatan utama yang telah dibahas, terdapat sejumlah diagnosa keperawatan lain yang berpotensi relevan namun belum dimunculkan dalam kasus dengan diagnosis medis hipertensi , antara lain:

1. Hipervolemia

Hipervolemia merupakan suatu keadaan ketika terjadi kelebihan volume cairan dalam kompartemen intravaskular maupun

ekstraselular, yang melebihi kemampuan sistem tubuh dalam mempertahankan keseimbangan cairan secara normal Ramadhani et al. 2021

Dalam kasus hipertensi diagnosa keperawatan *hipervolemia* umumnya tidak menjadi prioritas utama dalam intervensi keperawatan, karena terdapat pertimbangan klinis dan patofisiologis yang bersifat spesifik. Pada situasi ini, gangguan fisiologis lebih banyak dipengaruhi oleh vasokonstriksi perifer yang intens dan aktivasi sistem saraf simpatis secara berlebihan, bukan oleh peningkatan volume cairan tubuh.

Terdapat tiga alasan utama mengapa *hipervolemia* dianggap kurang relevan sebagai diagnosis keperawatan dalam kondisi ini. Pertama, dari sisi hemodinamik, hipertensi terutama disebabkan oleh meningkatnya resistensi vaskular sistemik afterload, bukan oleh akumulasi volume cairan bahkan dalam beberapa kasus, volume plasma bisa dalam batas normal atau sedikit menurun akibat efek diuresis yang dipicu tekanan tinggi. Kedua, prioritas intervensi lebih diarahkan pada pengendalian tekanan darah secara bertahap, sedangkan ketidakseimbangan cairan tubuh umumnya menjadi Perhatian sekunder. Ketiga, pasien dengan hipertensi jarang menunjukkan manifestasi klinis khas *hipervolemia*, seperti edema perifer yang nyata atau tanda-tanda kelebihan cairan pada paru-paru Tuty Kuswardhani 2017.

2. Intoleransi Aktivitas

Intoleransi aktivitas merupakan mengalami kesulitan dalam mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas fisik yang dibutuhkan, akibat ketidak seimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan metabolisme tubuh. Keadaan ini umumnya terjadi pada pasien dengan gangguan sistem kardiovaskular, respirasi, maupun penyakit kronis seperti hipertensi dan gagal jantung Sari and Aisah 2022.

Pada kasus hipertensi tidak mengangkat Intoleransi Aktivitas, karena 80% tidak ditemukan tanda mayor yang objektif saat atau setelah pasien melakukan aktivitas, tanda mayor subjektif yang muncul seperti mengeluh cepat lelah, sesak, dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. Sehingga pada diagnosis intoleransi aktivitas belum bisa diangkat menjadi prioritas diagnosa.

C. Intervensi Keperawatan

1. Nyeri Akut

Untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran outcome. Luaran outcome terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif perlu ditingkatkan dan luaran negatif perlu diturunkan Adapun luaran yang diharapkan pada pasien dengan nyeri akut yaitu tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, keluhan nyeri klien menurun, tampak meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun,

kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik Ashari Bahar 2021.

Adapun tujuan dan kriteria hasil yang sudah disiapkan oleh penulis sesuai dengan kasus yang dialami pasien adalah diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil yang telah ditentukan oleh penulis yaitu: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. PPNI, 2018. Adapun alasan kriteria hasil yang lain tidak di munculkan, karena pada pasien luaran tidak sesuai dengan tanda dan gejala nyeri akut yang saat ini terjadi pada pasien.

Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam dikarenakan untuk pasien yang mengalami keluhan nyeri diharapkan dapat berkurang, dimana jika dilakukan tindakan terapi dalam sehari diagnosa belum juga teratasi, jadi harus dilakukan intervensi dengan waktu yang tepat serta pemeriksaan ulang sampai nyeri yang dirasakan oleh pasien berkurang.

Adapun intervensi yang disiapkan untuk pasien dalam membantu meredakan rasa nyeri yang dialami akibat agen pencedera fisiologis peningkatan tekanan intracranial yaitu Identifikasi skala nyeri, tindakan agar bisa menentukan terapi yang akan dilakukan kepada pasien. Identifikasi nyeri non verbal, bertujuan untuk mengetahui apakah pasien tampak memiliki tanda-tanda nyeri non verbal seperti meringis kesakitan, dan gelisah. Identifikasi kondisi yang memperberat atau memperingan nyeri.

Adapun intervensi terapeutik yang direncanakan kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri yaitu berikan terapi rendam kaki air hangat

jahe merah, bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri selain dengan obat analgetik yang bisa dilakukan kapanpun. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, bertujuan agar rasa nyeri yang dirasakan pasien tidak semakin memberat karena adanya lingkungan memperberat nyeri. Fasilitasi istirahat tidur, dengan tidur cukup nyeri tidak semakin memberat. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, bertujuan agar strategi menjadi lebih efektif. Selain rencana tindakan terapeutik, ada juga rencana keperawatan memberikan edukasi kepada pasien yaitu jelaskan penyebab, periode dan pemicu timbulnya rasa nyeri, bertujuan untuk dapat mengetahui penyebab dari rasa nyeri yang dirasakan saat ini. Jelaskan strategi untuk meredakan rasa nyeri, edukasi ini diberikan diharapkan klien dapat melakukan pemilihan strategi untuk meredakan nyeri secara mandiri, serta diberikan edukasi mengajarkan terapi non farmakologi yang dapat mengurangi rasa nyeri secara mandiri seperti yang telah diajarkan tanpa meminum obat. Selain memberikan edukasi, penulis juga menyusun rencana keperawatan kolaborasi, dimana rencana intervensi kolaborasi yaitu kolaborasi pemberian obat analgesik, jika diperlukan atau pasien mengalami rasa nyeri sedang-berat.

Adapun dari 13 intervensi yang ada pada teori tersebut, semua intervensi disiapkan pada pasien. Intervensi yang disiapkan berdasarkan keadaan, fasilitas yang ada di Rumah sakit tempat pengelolaan klien, dan juga menurut penulis intervensi tersebut sudah cukup untuk mengatasi

masalah yang dialami klien karena sudah dibuktikan dengan rasional yang ada pada setiap intervensi dan mampu membantu mengatasi masalah keperawatan nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisiologis Haryani 2018. Intervensi keperawatan yang disiapkan penulis sesuai dengan kriteria hasil yang disusun, dengan menggunakan metode SMART spesifik, measurable, achievable, reality and time yaitu secara spesifik dapat diukur maupun diatasi dengan tindakan keperawatan yang ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana tujuan yang digunakan sudah sesuai dengan diagnosa yaitu menunjukkan tingkat nyeri yang dirasakan menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada.

2. Gangguan Pola Tidur

Untuk mengatasi masalah keperawatan terkait gangguan pola tidur, perawat harus terlebih dahulu menetapkan hasil yang diharapkan outcome sebelum melakukan perencanaan keperawatan. Hasil outcome dibagi menjadi dua kategori, yaitu hasil positif yang perlu ditingkatkan dan hasil negatif yang perlu diturunkan. Hasil yang diinginkan bagi klien dengan gangguan pola tidur adalah perbaikan pola tidur dengan kriteria hasil berupa penurunan keluhan sulit tidur, penurunan keluhan sering terbangun, penurunan keluhan ketidakpuasan tidur, serta penurunan keluhan perubahan pola tidur. Martini et al. 2018.

Adapun kriteria hasil yang sudah disiapkan oleh penulis sesuai dengan kasus yang dialami oleh pasien yaitu diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil yang telah ditentukan oleh penulis yaitu: keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Alasan kriteria hasil yang lain tidak dimunculkan, karena pada pasien luaran tidak sesuai dengan tanda dan gejala nyeri akut yang saat ini terjadi pada pasien.

Penulis menggunakan waktu 3x24 jam dikarenakan untuk pasien yang mengalami keluhan sulit tidur diharapkan dapat membaik dengan waktu secepatnya (Tri Haryanti et al. 2024). Adapun intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi gangguan pola tidur pasien adalah dukungan tidur dengan kode I.09265, adapun untuk intervensi observasi meliputi, identifikasi pola aktivitas dan tidur, bertujuan untuk mengetahui keterkaitan pola aktivitas pasien yang mempengaruhi pola tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur, intervensi ini bertujuan agar faktor pengganggu tidur bisa di cegah.

Adapun untuk intervensi terapeutik yang direncanakan untuk mengatasi masalah pasien adalah modifikasi lingkungan mis.pencahayaan,kebisingan, suhu,matras dan tempat tidur, bertujuan untuk memberikan rasa nyaman kepada pasien untuk tidur. Batasi waktu tidur siang, bertujuan agar pada saat malam hari pasien bisa mudah untuk mengantuk dan tidur.adapun untuk intervensi edukasi adalah ajarkan

relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya, bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan pasien untuk tidur secara mandiri

Dari 12 intervensi yang ada pada teori, 5 intervensi tidak disiapkan, diantaranya adalah identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, tidak disiapkan karena nyeri pasien dikarenakan nyeri yang dialami. Sesuaikan jadwal pemberian obat, tidak disiapkan karena jadwal pemberian obat dan tindakan sudah sesuai dan tidak mengganggu jadwal tidur. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, tidak disiapkan karena pasien sudah mengerti tentang pentingnya tidur. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, tidak disiapkan karena nyeri pasien dikarenakan nyeri. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur, tidak disiapkan karena pola tidur pasien sudah jelas karena nyeri yang dialami. Intervensi yang disiapkan berdasarkan keadaan, fasilitas yang ada di Rumah sakit tempat pengelolaan pasien, dan juga menurut penulis intervensi tersebut sudah cukup untuk mengatasi masalah yang dialami pasien karena sudah dibuktikan dengan rasional yang ada pada setiap intervensi dan mampu membantu mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan keluhan nyeri yang dirasakan Rahmanti et al. 2022.

Intervensi keperawatan yang disiapkan penulis sesuai dengan kriteria hasil yang disusun oleh penulis dengan menggunakan metode SMART spesifik, measurable, achievable, reality and time yaitu secara spesifik dapat diukur maupun diatasi dengan tindakan keperawatan yang

disiapkan dan ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana tujuan yang ditetapkan sudah sesuai dengan diagnosa yaitu menunjukkan pola tidur klien membaik, dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada.

3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Adapun luaran yang diharapkan pada pasien dengan risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu tingkat kesadaran meningkat, tekanan intrakranial menurun, sakit kepala menurun, gelisah menurun, kecemasan menurun, agitasi menurun nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Peningkatan tekanan intrakranial dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak dan membatasi suplai oksigen dan darah ke otak sehingga manajemen dan pemantauan tekanan intrakranial bertujuan untuk menurunkan resiko terjadinya edema serebral dan herniasi otak. Peningkatan tekanan intrakranial TIK dapat ditandai dengan trias TIK meliputi penurunan kesadaran, nyeri, dan ttv tidak stabil Ramadhani et

al. 2021.

Tujuan setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak meningkat dengan kriteria hasil, sakit kepala menurun, gelisah menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam dikarenakan untuk pasien yang mengalami risiko perfusi serebral tidak efektif akan dilakukan pemeriksaan sewaktu-waktu untuk mengetahui adanya perkembangan yang dapat dinilai Ramadhani et al. 2021.

Adapun intervensi yang dilakukan yaitu memberikan rendam jahe merah selama 15-20 menit sesuai yang telah dilakukan oleh peneliti (Nasrul Sani and Fitriyani 2021), mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK. Mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intra kranial pada pasien yang memiliki kondisi mis. lesi, gangguan metabolisme dan edema serebral .,Memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intra kranial untuk mengetahui tanda dan gejala peningkatan tekanan intra kranial ini dilakukan tindakan pengecekan tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, dan kesadaran menurun. Memonitor tekanan darah dilakukan untuk mengetahui suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau fluktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik. Adanya peningkatan tekanan darah , bradikardia, disritmia, dispnea merupakan tanda

terjadinya peningkatan TIK . Memonitor status pernafasan, hal ini dilakukan untuk mengetahui apakah status pernafasan pada pasien normal atau tidak. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan memberikan posisi semi fowler pada pasien PPNI, 2016.

Adapun 17 intervensi yang tidak dibuat perencanaan untuk pasien adalah memonitor CVP Central Venous Pressure, memonitor PAWP, memonitor PAP, memonitor ICP, memonitor CCP Cerebral Perfusion Pressure, memonitor gelombang ICP, memonitor intake dan output cairan, memonitor cairan serebro-spinalis, menghindari manuver valsava, menghindari penggunaan PEEP, menghindari pemberian cairan IV hipotonik, atur ventilator agar PaCo₂ optimal, kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, kolaborasi pemberian diuretic osmosis, kolaborasi pemberian pelunak tinja, intervensi-intervensi tersebut tidak digunakan karena pasien mengalami hipertensi tingkat 2 hipertensi sedang, sedangkan intervensi tersebut digunakan apabila pasien mengalami hipertensi berat. Intervensi yang disiapkan berdasarkan keadaan pasien, fasilitas yang ada di rumah sakit tempat pengelolaan pasien, dan juga menurut penulis intervensi tersebut sudah cukup untuk mengatasi masalah yang dialami pasien karena intervensi tersebut sudah dibuktikan dengan FRN/EB yang ada pada setiap intervensi dan mampu membantu mengatasi masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral Indah, Sari, and Wulandari 2024.

Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan kriteria hasil yang disusun oleh penulis dengan menggunakan metode SMART Spesifik, Measurable, Achievable, Reality and Time yaitu secara spesifik dapat diukur maupun diatasi dengan tindakan keperawatan yang disiapkan dan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukkan perfusi jaringan yang adekuat, dengan kriteria hasil tingkat kesadaran baik, pola nafas baik, tidak pusing, sakit kepala hilang, tampak tenang. Intervensi yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada. Menjelaskan tindakan dan kewaspadaan untuk mengambil tindakan pencegahan primer atau sekunder pada penyakit hipertensi, sehingga hal tersebut sesuai dengan aspek measurablbe. Intervensi keperawatan tersebut secara realistis dapat mengatasi masalah keperawatan pada pasien dalam waktu 3 x 24 jam dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan penulis. Dengan adanya hal tersebut menunjukkan rencana keperawatan tersebut sesuai dengan aspek SMART.

4. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Adapun luaran yang diharapkan pada pasien dengan risiko perfusi perifer tidak efektif yaitu Denyut nadi perifer meningkat Warna kulit dan kuku pucat menurun

Akral tugor kulit membaik, konjungtiva tidak anemis Anggraini, Febrianti, and Justitia 2026.

Dalam tinjauan teoritis disusun beberapa rencana keperawatan yaitu: awasi tanda-tanda vital, kaji pengisian kapiler, warna kulit/membrane mukosa, dasar kuku, palpitasi, awasi pemeriksaan laboratorium, misalnya Hb dan jumlah SDM, darah lengkap/packed, produk darah sesuai indikasi. Penulis menggunakan intervensi 3 yang dilakukan yaitu: Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur mengjarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi mis.rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3 serta menganjurkan olahraga rutin PPNI, 2016.

Tujuan setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit dan kuku pucat menurun, akral tugor kulit membaik., konjungtiva tidak anemis. Penulis menggunakan Intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam dan disusun sesuai rencana tindakan yaitu: Mengobservasi TTV , anjurkan pasien makan makanan yang mudah dicerna, dalam keadaan hangat dan makanan yang mengandung zat besi seperti daging merah,kuning telur, kolaborasi dengan petugas gizi, dan obat asam folat.

Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis sesuai dengan kriteria hasil yang disusun oleh penulis dengan menggunakan metode SMART Spesifik, Measurable, Achievable, Reality and Time yaitu

secara spesifik dapat diukur maupun diatasi dengan tindakan keperawatan yang disiapkan dan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukkan hasil yang didapatkan diagnosa keperawatan Risiko perfusi perifer tidak efektif .

5. Risiko jatuh

Untuk mengatasi masalah keperawatan risiko jatuh sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran outcome. Luaran outcome terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif perlu ditingkatkan dan luaran negatif perlu diturunkan. Adapun luaran yang diharapkan pada klien dengan Risiko jatuh yaitu jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun Haryani 2018.

Tujuan setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun. Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam dikarenakan untuk pasien yang mengalami risiko jatuh supaya bisa meminimalisir risiko mengalami kerusakan fisik pada pasien sebab pasien mengalami anemia ringan.

Adapun intervensi yang ditetapkan untuk mengatasi risiko jatuh, adapun untuk intervensi observasi meliputi, identifikasi risiko jatuh

setidaknya sekali setiap shift, bertujuan untuk mengetahui keterkaitan pola aktivitas pasien terhadap tingkat risiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh mis. lantai licin, penerangan kurang,. bertujuan agar faktor risiko jatuh bisa di cegah. Adapun untuk intervensi terapeutik adalah mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, bertujuan untuk memudahkan pasien saat hendak turun dari tempat tidur. Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, bertujuan agar memudahkan pasien saat hendak membutuhkan bantuan ke perawata yang berjaga. adapun untuk intervensi edukasi adalah menganjurkan memanggil perawat atau orang lain saat hendak mau ke kamar mandi, bertujuan untuk mencegah pasien beresiko jatuh saat berjalan, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, bertujuan untuk mencegah supaya pasien tidak terpeleset saat hendak berjalan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah berbagai tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya agar mencapai status kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berfokus pada kebutuhan klien serta mempertimbangkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi pelaksanaan keperawatan, dan kegiatan komunikasi. Anggraini, Febrianti, and Justitia 2026

1. Nyeri Akut

Pelaksanaan keperawatan terhadap diagnosis Nyeri Akut yang berkaitan dengan peningkatan tekanan intrakranial dilaksanakan selama tiga hari, mulai dari 30 Maret 2026 hingga 1 April 2026. Langkah-langkah keperawatan mengikuti Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI yang mencakup identifikasi karakteristik nyeri, pemantauan respons pasien terhadap nyeri, penerapan teknik nonfarmakologis, terapi farmakologis sesuai dengan program medis, serta terapi komplementer berupa perendaman kaki dalam air hangat jahe merah. Pada hari Senin, 30 Maret 2026, pukul 15.30 WIB, dilakukan pengkajian terhadap karakteristik nyeri. Pasien mengeluhkan rasa nyeri di area tengkuk hingga kepala dengan sensasi berdenyut, sifatnya hilang timbul, memiliki skala nyeri 5, dan dipicu oleh peningkatan tekanan intrakranial. Hasil observasi menunjukkan bahwa pasien tampak meringis, gelisah, dan memegang kepala dengan tekanan darah 150/90 mmHg. Selanjutnya, pada pukul 15.40 WIB, terapi perendaman kaki dalam air hangat jahe merah diberikan. Terapi farmakologis sesuai program medis berupa Bisoprolol, Ketorolac, Ranitidin, dan cairan RL tanpa ditemukan reaksi alergi maupun efek samping.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, aktivitas dilanjutkan pada pukul 07.10 untuk melakukan pemeriksaan TTV sebelum merendam kaki pasien dalam air hangat jahe merah. Hasil pemeriksaan menunjukkan Tekanan darah: 140/90 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi: 89x/menit, Suhu: 36,5 °C. Setelah

itu, terapi rendam kaki dalam air hangat jahe merah dilaksanakan pada pukul 07.45 WIB. Usai terapi, tekanan darah pasien menurun menjadi 135/85 mmHg, dan pasien melaporkan merasa lebih nyaman. Kemudian, pada pukul 08.30 WIB, dilakukan pengkajian ulang terkait nyeri. yang menunjukkan penurunan intensitas menjadi skala 3, dengan ekspresi meringis dan gelisah yang mulai berkurang. Pada pukul 08.35 WIB dan 13.00 WIB pasien kembali dianjurkan melakukan latihan napas dalam sebagai upaya mengurangi nyeri. Selain itu, pada pukul 08.40 WIB diberikan terapi farmakologis sesuai advis dokter, sedangkan pada pukul 11.40 WIB dilakukan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Pasien menyampaikan bahwa nyeri kepala meningkat saat tekanan darah tinggi dan berkurang ketika beristirahat atau berbincang dengan keluarga.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada hari Rabu, 1 April 2026. Pada pukul 14.10 WIB dilakukan evaluasi karakteristik nyeri dan diperoleh hasil bahwa pasien hanya merasakan nyeri ringan dengan skala 2, lokasi di bagian belakang kepala, bersifat hilang timbul, serta pasien tampak lebih tenang. Pada pukul 14.15 dilakukan pemeriksaan TTV Tekanan darah : Tekanan darah : 138/85 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi: 86x/menit, Suhu : 36,5 °C dengan hasil Selanjutnya pada pukul 15.00 WIB kembali diberikan terapi rendam kaki air hangat jahe merah. Setelah intervensi tersebut, pada pukul 15.25 WIB tekanan darah pasien menurun menjadi 130/80 mmHg dan pasien mengatakan tubuh terasa lebih rileks. Pada pukul

14.16 WIB juga dilakukan observasi respons nonverbal terhadap nyeri yang menunjukkan pasien tampak lebih nyaman dan gelisah sudah berkurang. Terapi farmakologis kembali diberikan pada pukul 16.10 WIB sesuai program medis tanpa adanya reaksi alergi.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, terlihat adanya perkembangan kondisi pasien yang ditandai dengan penurunan intensitas nyeri dari skala 5 menjadi skala 2, penurunan tekanan darah dari hari pertama 150/90 mmHg menjadi 140/86 mmHg, dihari kedua 140/90 mmHg menjadi 135/85 mmHg dan dihari ketiga 138/85 mmHg menjadi 130/80mmHg.

2. Gangguan Pola Tidur

Implementasi keperawatan pada diagnosis Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri kepala dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai tanggal 30 Maret 2026 sampai 1 April 2026. Tindakan keperawatan dilakukan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI dengan tujuan meningkatkan kualitas tidur pasien melalui pengkajian pola tidur, modifikasi lingkungan, edukasi sleep hygiene, serta pemberian terapi rendam kaki air hangat jahe merah sebagai terapi komplementer.

Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 15.35 WIB, penulis mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien. Hasil pengkajian menunjukkan pasien mengeluhkan tidak dapat tidur siang, sering terbangun pada malam hari, dan merasa tidak puas setelah tidur. Secara objektif, mata pasien tampak sayu, sering menguap, serta terdapat

lingkaran hitam di sekitar kelopak mata. Selanjutnya pada pukul 20.35 WIB, dilakukan modifikasi lingkungan dengan mematikan sebagian lampu ruangan serta meminta pengunjung menjaga ketenangan agar pasien lebih mudah beristirahat. Setelah tindakan diberikan, pasien mengatakan merasa lebih nyaman untuk tidur dan tampak bersiap beristirahat.

Pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul 07.20 WIB, dilakukan evaluasi pola tidur dan didapatkan perkembangan yang baik. Pasien mengatakan sudah dapat tidur lebih nyenyak pada malam hari, sedangkan secara objektif pasien tampak lebih segar, mata tidak lagi sayu, dan lingkaran hitam di sekitar mata mulai berkurang. Selanjutnya pada pukul 07.45 WIB, pasien diberikan terapi rendam kaki air hangat jahe merah yang memberikan efek relaksasi sehingga pasien merasa lebih nyaman. Pada pukul 12.30 WIB, penulis menganjurkan pembatasan tidur siang selama 30 menit agar kualitas tidur malam tetap terjaga, kemudian pada pukul 13.32 WIB pasien diedukasi untuk menghindari makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur. Pasien memahami seluruh anjuran yang diberikan dan bersedia menerapkannya.

Pada Rabu, 1 April 2026 pukul 15.00 WIB, terapi rendam kaki air hangat jahe merah kembali diberikan sebagai terapi pendukung untuk meningkatkan relaksasi. Hasil evaluasi pada pukul 15.30 WIB menunjukkan pasien sudah dapat tidur siang selama satu jam dengan nyaman. Secara objektif pasien tampak lebih rileks, nyaman, dan mata yang sebelumnya tampak sayu mulai membaik. Selanjutnya pada pukul

21.00 WIB, modifikasi lingkungan kembali dilakukan dengan mematikan sebagian lampu ruangan sehingga pasien merasa lebih nyaman untuk beristirahat. Berdasarkan hasil implementasi selama tiga hari, dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan memberikan dampak positif terhadap peningkatan kualitas tidur pasien, ditandai dengan berkurangnya gangguan tidur, meningkatnya kenyamanan, serta membaiknya kondisi fisik pasien.

3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Implementasi keperawatan pada diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai 30 Maret 2026 sampai 1 April 2026. Tindakan keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI yang meliputi identifikasi penyebab perubahan tanda vital, pemantauan tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum maupun sesudah terapi rendam kaki air hangat jahe merah, pemberian terapi rendam kaki air hangat jahe merah sebagai terapi komplementer, serta edukasi mengenai tujuan dan prosedur pemantauan kondisi pasien.

Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 15.40 WIB, pasien diberikan terapi rendam kaki air hangat jahe merah. Setelah tindakan dilakukan, pasien mengatakan tubuh terasa lebih rileks dan hasil observasi menunjukkan pasien tampak nyaman disertai penurunan tekanan darah dari 150/90 mmHg menjadi 140/86 mmHg. Selanjutnya pada pukul 20.10 WIB, dilakukan identifikasi penyebab perubahan tanda vital. Pasien mengatakan

masih jarang dapat tidur nyenyak pada malam hari, sedangkan hasil observasi menunjukkan mata tampak sayu, sering menguap, dan kantong mata masih terlihat, sehingga pemantauan kondisi pasien tetap dilanjutkan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, implementasi diawali pada pukul 07.10 WIB dengan mengukur tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu tubuh sebelum terapi rendam kaki air hangat jahe merah. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 89 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,5°C. Selanjutnya pada pukul 07.45 WIB dilakukan terapi rendam kaki air hangat jahe merah selama sesuai prosedur. Setelah terapi selesai, pada pukul 08.00 WIB dilakukan pemeriksaan ulang tanda vital dan diperoleh hasil tekanan darah menurun menjadi 135/85 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu tetap 36,5°C. Pasien juga mengatakan merasa lebih nyaman setelah mendapatkan terapi rendam kaki air hangat jahe merah.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada Rabu, 1 April 2026. Pada pukul 14.15 WIB dilakukan pemantauan tanda-tanda vital dengan hasil tekanan darah 138/85 mmHg, nadi 86 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,5°C. Selanjutnya pada pukul 15.00 WIB pasien kembali diberikan terapi rendam kaki air hangat jahe merah. Setelah terapi selesai, pada pukul 15.25 WIB dilakukan evaluasi tekanan darah dan diperoleh hasil tekanan darah menurun menjadi 130/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, dan suhu 36,5°C. Kemudian pada pukul 18.20 WIB, pasien diberikan edukasi mengenai tujuan dan prosedur pemantauan

tekanan darah. Pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan dan tampak kooperatif selama proses edukasi.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, terlihat adanya perkembangan kondisi pasien yang ditandai dengan penurunan tekanan darah secara bertahap dari 150/90 mmHg menjadi 130/80 mmHg, kondisi pasien tampak lebih rileks setelah diberikan terapi rendam kaki air hangat jahe merah, serta meningkatnya pemahaman pasien mengenai pentingnya pemantauan tekanan darah sebagai upaya mencegah terjadinya gangguan perfusi serebral. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kombinasi pemantauan hemodinamik secara berkala, terapi komplementer, dan edukasi kesehatan mampu mendukung upaya pencegahan terjadinya risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien hipertensi.

4. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Implementasi keperawatan pada diagnosis Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai 30 Maret 2026 sampai 1 April 2026. Tindakan keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI, meliputi pemeriksaan sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan perfusi, edukasi mengenai penghentian kebiasaan merokok, serta anjuran untuk mematuhi pengobatan antihipertensi sebagai upaya meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 16.10 WIB, dilakukan pemeriksaan sirkulasi perifer. Pasien mengeluhkan kepala masih terasa pusing. Hasil

pemeriksaan menunjukkan warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, konjungtiva tampak anemis, capillary refill time CRT kurang dari 3 detik, serta kulit dan kuku tampak pucat. Data tersebut menunjukkan masih adanya gangguan perfusi perifer yang memerlukan pemantauan secara berkala selama proses perawatan.

Implementasi dilanjutkan pada Selasa, 31 Maret 2026. Pada pukul 08.08 WIB, dilakukan identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi dan diperoleh informasi bahwa pasien memiliki riwayat sebagai perokok aktif serta telah menderita hipertensi selama kurang lebih 1,5 tahun. Selanjutnya, pada pukul 08.15 WIB, pasien diberikan edukasi untuk menghentikan kebiasaan merokok sebagai salah satu upaya memperbaiki sirkulasi perifer dan mengendalikan tekanan darah. Pasien menyatakan memahami edukasi yang diberikan dan tampak kooperatif selama proses penyuluhan.

Pada Rabu, 1 April 2026, implementasi difokuskan pada evaluasi perkembangan perfusi perifer. Pada pukul 14.25 WIB, dilakukan pemeriksaan ulang sirkulasi perifer. Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri kepala dan bersedia dilakukan pemeriksaan. Hasil observasi menunjukkan warna kulit tetap sawo matang, konjungtiva tidak anemis, turgor kulit elastis, CRT kurang dari 3 detik, akral teraba hangat, serta warna kulit dan kuku tampak normal. Selanjutnya, pada pukul 18.30 WIB, pasien dianjurkan untuk mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur sesuai anjuran tenaga kesehatan. Pasien menyatakan memahami

pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan dan tampak mengangguk sebagai tanda memahami edukasi yang diberikan.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, kondisi perfusi perifer pasien menunjukkan perkembangan yang positif. Hal tersebut ditandai dengan berkurangnya keluhan pusing, membaiknya hasil pemeriksaan sirkulasi perifer, konjungtiva tidak lagi tampak anemis, akral teraba hangat, serta warna kulit dan kuku tampak normal. Selain itu, pasien menunjukkan sikap kooperatif selama proses edukasi, memahami faktor risiko yang dapat memperburuk perfusi perifer, serta bersedia menerapkan anjuran yang diberikan sebagai upaya mencegah terjadinya komplikasi akibat hipertensi.

5. Risiko jatuh

Implementasi keperawatan pada diagnosis Risiko Jatuh berhubungan dengan kelemahan fisik dilaksanakan selama tiga hari, yaitu mulai 30 Maret 2026 sampai 1 April 2026. Tindakan keperawatan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia SIKI yang meliputi identifikasi faktor risiko jatuh, pengaturan lingkungan yang aman, edukasi kepada pasien untuk meminta bantuan saat berpindah, serta anjuran mempertahankan keseimbangan tubuh ketika berdiri dan berjalan guna mencegah terjadinya cedera akibat jatuh.

Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 20.20 WIB, dilakukan identifikasi faktor risiko jatuh. Pasien mengatakan tubuhnya terasa lemas saat berjalan. Hasil observasi menunjukkan pasien masih memerlukan bantuan ketika

berjalan menuju kamar mandi, serta hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin 10,3 g/dL. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa pasien masih memiliki risiko mengalami jatuh sehingga diperlukan tindakan pencegahan selama menjalani perawatan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026, implementasi dilanjutkan pada pukul 07.25 WIB dengan mengatur tempat tidur pada posisi terendah agar memudahkan pasien saat naik maupun turun dari tempat tidur dan mengurangi risiko jatuh. Pasien mengatakan merasa nyaman setelah dilakukan pengaturan posisi tempat tidur. Selanjutnya pada pukul 12.45 WIB, pasien dianjurkan untuk memanggil perawat apabila membutuhkan bantuan saat berpindah tempat atau berjalan. Pasien menyatakan memahami anjuran tersebut dan tampak menganggukkan kepala sebagai tanda mengerti.

Implementasi hari ketiga dilakukan pada Rabu, 1 April 2026. Pada pukul 18.40 WIB, pasien diberikan edukasi mengenai cara meningkatkan keseimbangan tubuh dengan melebarkan jarak kedua kaki saat berdiri. Edukasi ini bertujuan untuk meningkatkan stabilitas tubuh dan mengurangi risiko kehilangan keseimbangan ketika beraktivitas. Pasien mengatakan memahami penjelasan yang diberikan dan tampak mampu mengikuti instruksi yang disampaikan oleh perawat.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama tiga hari, terlihat adanya peningkatan pemahaman pasien mengenai upaya pencegahan risiko jatuh. Pasien mampu mengenali kondisi yang dapat

meningkatkan risiko jatuh, memahami pentingnya meminta bantuan saat berpindah tempat, serta mengikuti anjuran untuk menjaga keseimbangan tubuh ketika berdiri dan berjalan. Keberhasilan implementasi tersebut menunjukkan bahwa intervensi berupa modifikasi lingkungan yang aman dan edukasi kepada pasien berperan penting dalam menurunkan risiko jatuh serta mendukung keselamatan pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai Tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai Tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan Andi et al. 2017.

1. Nyeri Akut

Evaluasi terhadap diagnosis Nyeri Akut dilakukan secara berkesinambungan selama tiga hari. Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 15.30 WIB, hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah nyeri belum teratasi. Pasien masih mengeluhkan nyeri pada daerah tengkuk hingga kepala dengan karakteristik nyut-nyutan, bersifat hilang timbul, memiliki intensitas skala 5, serta dipicu oleh peningkatan tekanan intrakranial. Hasil observasi menunjukkan pasien tampak meringis, gelisah, dan memegang

bagian kepala dengan tekanan darah 150/90 mmHg. Berdasarkan kondisi tersebut, intervensi berupa pemantauan karakteristik nyeri, terapi rendam kaki air hangat jahe merah, pengukuran tekanan darah sebelum terapi, serta latihan teknik napas dalam dilanjutkan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul 07.12 WIB, evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi pasien. Intensitas nyeri menurun menjadi skala 3 dengan karakteristik nyeri yang masih hilang timbul, namun ekspresi menahan nyeri dan rasa gelisah tampak berkurang. Perkembangan tersebut mengindikasikan bahwa intervensi yang diberikan mulai memberikan efek positif, meskipun tujuan keperawatan belum sepenuhnya tercapai sehingga tindakan keperawatan tetap dilanjutkan.

Selanjutnya, pada Rabu, 1 April 2026 pukul 14.02 WIB, pasien menyampaikan bahwa nyeri sudah mulai menghilang dengan intensitas skala 2 dan hanya dirasakan sesekali pada bagian belakang kepala. Hasil observasi menunjukkan pasien tampak tenang dan tidak lagi menunjukkan tanda-tanda gelisah. Hal ini sejalan dengan penelitian Murtiono and Ketut 2020 berdasarkan hasil evaluasi tersebut, masalah nyeri akut dinyatakan teratasi sehingga seluruh intervensi dihentikan. Perkembangan ini menunjukkan bahwa kombinasi intervensi farmakologis dan nonfarmakologis yang diberikan mampu menurunkan intensitas nyeri serta meningkatkan kenyamanan pasien.

Maka planning keperawatan penulis yaitu mempertahankan intervensi Dimana intervensi yang dipertahankan penulis yaitu meminta pasien untuk

melakukan rendam air hangat jahe merah dan anjurkan pasien untuk menerapkan teknik relaksasi nafas dalam sesuai yang diajarkan oleh perawat saat merasakan nyeri.

Adapun alasan penulis mempertahankan intervensi karena berdasarkan evaluasi yang dilakukan pada Tn.U menunjukkan bahwa intervensi- intervensi dengan Evidence Based atau Evidence Based Nursing yang telah direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.U dan pasien. Penelitian ini dilakukan selama tiga hari karena pada periode tersebut penulis telah memperoleh data yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

2. Gangguan Pola Tidur

Evaluasi diagnosis Gangguan Pola Tidur dilakukan selama dua hari karena tujuan keperawatan telah tercapai lebih awal. Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 15.35 WIB, pasien mengeluhkan tidak dapat tidur siang, sering terbangun pada malam hari, dan merasa tidak puas terhadap kualitas tidurnya. Hasil observasi menunjukkan mata tampak sayu, pasien sering menguap, serta terdapat lingkaran hitam di sekitar kelopak mata. Berdasarkan hasil tersebut, gangguan pola tidur dinilai belum teratasi sehingga intervensi berupa identifikasi pola tidur, pembatasan tidur siang, dan modifikasi lingkungan tetap dilaksanakan.

Evaluasi berikutnya dilakukan pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul

07.20 WIB. Pasien menyatakan telah dapat tidur nyenyak pada malam hari dan merasa kondisi tubuh lebih segar setelah bangun tidur. Hasil observasi memperlihatkan mata tidak lagi tampak sayu maupun terdapat lingkaran hitam di sekitar mata. Perubahan tersebut menunjukkan adanya peningkatan kualitas tidur sehingga masalah gangguan pola tidur dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Analisa masalah sudah teratasi karena pasien mengatakan tidur sudah mulai teratur karena sudah tidak merasakan nyeri, kriteria masalah ini teratasi jika waktu tidur pasien cukup dan pasien juga melaporkan rasa sehat dan kenyamanannya yang sejalan dengan penelitian Martini et al. 2018. Planning evaluasi menganjurkan untuk istirahat yang cukup, karena dengan istirahat yang cukup dapat meningkatkan kebugaran pada tubuh.

Penulis memiliki planning keperawatan yaitu pertahankan intervensi dimana intervensi yang dipertahankan adalah menganjurkan istirahat yang cukup. Adapun alasan dari evaluasi yang dilakukan pada Tn.U menunjukkan bahwa intervensi-intervensi dengan Evidence Based atau Evidence Based Nursing yang telah direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.U sehingga masalah Gangguan Pola Tidur teratasi.

3. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Evaluasi diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dilakukan melalui pemantauan kondisi hemodinamik dan respons pasien terhadap

terapi. Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 20.10 WIB, pasien masih mengeluhkan sulit tidur nyenyak pada malam hari. Hasil observasi menunjukkan mata tampak sayu dan sering menguap sehingga kondisi tersebut masih berpotensi memengaruhi perfusi serebral. Oleh karena itu, pemantauan tanda vital, identifikasi penyebab perubahan tanda vital, serta edukasi mengenai prosedur pemantauan tetap dilanjutkan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul 13.21 WIB, pasien menyatakan merasa lebih nyaman setelah menjalani terapi rendam kaki air hangat jahe merah. Hasil pemantauan menunjukkan tekanan darah menurun menjadi 135/85 mmHg dengan nadi 80 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Walaupun terjadi perbaikan parameter hemodinamik, masalah keperawatan masih dinyatakan belum teratasi sehingga intervensi tetap diteruskan.

Evaluasi terakhir dilakukan pada Rabu, 1 April 2026 pukul 18.20 WIB. Pasien kembali menyampaikan bahwa tubuh terasa lebih nyaman setelah terapi, sedangkan hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah menurun menjadi 130/80 mmHg dengan tanda vital lainnya tetap dalam batas normal. Berdasarkan hasil tersebut, risiko perfusi serebral dinilai telah terkendali sehingga tujuan keperawatan tercapai dan intervensi dihentikan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fakhrudin Nasrul Sani pada tahun 2021 dengan judul " pengaruh rendam kaki rebusan air jahe merah terhadap penurunan tekanan darah penderita hipertensi di Posyandu Ngudi Rahayu RT 01/ RW 14, Bolon, Colomadu

Karanganyar." menunjukkan bahwa pada 42 pasien hipertensi diterapi rendam kaki air hangat dilakukan dengan frekuensi 15-20 menit selama 1 hari, baik pada pagi maupun sore hari. Hasil penelitian ini menunjukkan 17 pasien ada penurunan tekanan darah sistolik 149,05 mmHg menjadi 135,83 mmHg dan diastolik 78,69 mmHg menjadi 75,95 mmHg setelah pasien menjalani terapi tersebut

Maka planning keperawatan penulis yaitu mempertahankan intervensi Dimana intervensi yang dipertahankan penulis yaitu meminta pasien untuk control rutin sesuai jadwal dan anjurkan pasien untuk menerapkan terapi rendam kaki air hangat jahe merah sesuai yang diajarkan oleh perawat saat mengalami tekanan darah tinggi.

Evaluasi yang utama yaitu Penilaian utama menunjukkan bahwa terapi merendam kaki dalam air hangat yang dicampur jahe merah efektif dalam mengurangi ketegangan, memperbaiki kondisi mental, meredakan rasa nyeri, menurunkan kecemasan atau ansietas, meningkatkan aktivitas sistem parasimpatis, memperbaiki kualitas tidur, menurunkan tekanan darah, serta memberikan manfaat jangka panjang untuk meningkatkan kualitas hidup (Nasrul Sani and Fitriyani 2021).

Adapun alasan penulis mempertahankan intervensi karena berdasarkan evaluasi yang dilakukan pada Tn.U menunjukkan bahwa intervensi-intervensi dengan Evidance Based atau Evidance Based Nursing yang telahdirencanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah

dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.U. Penelitian ini dilakukan selama tiga hari karena pada periode tersebut penulis telah memperoleh data yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Selain itu, pada hari ketiga tekanan darah pasien telah menurun yang sebelumnya 138/85 mmHg setelah dilakukan intervensi turun menjadi 130/80 mmHg, sehingga masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi dan sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Nasrul Sani and Fitriyani 2021).

4. Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif

Evaluasi terhadap diagnosis Perfusi Perifer Tidak Efektif menunjukkan perkembangan kondisi yang baik selama masa perawatan. Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 16.10 WIB, pasien masih mengeluhkan pusing dan badan terasa lemas. Pemeriksaan fisik menunjukkan warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, CRT kurang dari tiga detik, akral hangat, namun kulit dan kuku tampak pucat. Berdasarkan hasil tersebut, masalah perfusi perifer dinilai belum teratasi sehingga dilakukan pemantauan sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko, edukasi berhenti merokok, serta anjuran mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur.

Pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul 08.08 WIB, pasien mengungkapkan riwayat sebagai perokok aktif dan telah menderita hipertensi selama kurang lebih satu setengah tahun. Informasi tersebut menjadi dasar dalam penguatan edukasi mengenai pengendalian faktor risiko yang dapat memengaruhi perfusi perifer. Walaupun pasien telah memahami

penjelasan yang diberikan, masalah keperawatan masih dinyatakan belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Evaluasi akhir dilakukan pada Rabu, 1 April 2026 pukul 14.32 WIB. Pasien menyatakan sudah tidak merasakan nyeri kepala dan bersedia menjalani pemeriksaan. Sejalan dengan penelitian Anggraini et al. 2026 dengan hasil observasi menunjukkan warna kulit dan kuku tampak normal, turgor kulit elastis, CRT kurang dari tiga detik, akral hangat, serta tanda vital berada dalam kondisi stabil. Berdasarkan perkembangan tersebut, perfusi perifer dinilai telah membaik sehingga masalah keperawatan dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Penulis memiliki planning keperawatan yaitu pertahankan intervensi dimana intervensi yang dipertahankan adalah memantau sirkulasi perifer dan tanda-tanda vital. Adapun alasan dari evaluasi yang dilakukan pada Tn.U menunjukkan bahwa intervensi-intervensi dengan Evidance Based atau Evidance Based Nursing yang telah direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.U sehingga masalah Risiko Perfusi perifer Tidak Efektif teratasi.

5. Risiko jatuh

Evaluasi terhadap diagnosis Risiko Jatuh menunjukkan peningkatan kemampuan pasien dalam menerapkan tindakan pencegahan jatuh. Pada Senin, 30 Maret 2026 pukul 20.20 WIB, pasien masih mengeluhkan tubuh

terasa lemas ketika berjalan dan masih memerlukan bantuan menuju kamar mandi. Selain itu, kadar hemoglobin sebesar 10,3 g/dL menjadi salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko jatuh. Berdasarkan kondisi tersebut, edukasi mengenai pencegahan jatuh dan pendampingan selama mobilisasi tetap diberikan.

Pada Selasa, 31 Maret 2026 pukul 14.25 WIB, pasien menyatakan telah memahami anjuran untuk memanggil perawat apabila memerlukan bantuan saat berpindah tempat. Hasil observasi menunjukkan pasien menganggukkan kepala sebagai tanda memahami edukasi yang diberikan. Walaupun terjadi peningkatan pemahaman, intervensi masih dilanjutkan untuk memastikan pasien mampu menerapkan tindakan pencegahan secara mandiri.

Evaluasi akhir dilakukan pada Rabu, 1 April 2026 pukul 18.40 WIB. Pasien menyampaikan telah memahami anjuran untuk melebarkan jarak kedua kaki saat berdiri guna menjaga keseimbangan tubuh. Hasil observasi menunjukkan pasien mampu mengikuti instruksi yang diberikan dengan baik. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, risiko jatuh dinyatakan teratasi sehingga intervensi dihentikan. Hasil ini menunjukkan bahwa edukasi dan pendampingan yang diberikan mampu meningkatkan pengetahuan serta kesiapan pasien dalam mencegah kejadian jatuh selama menjalani perawatan.

Penulis memiliki planning keperawatan yaitu pertahankan intervensi dimana intervensi yang dipertahankan adalah mmenganjurkan pasien

untuk meminta bantuan saat hendak ke kamar mandi. Adapun alasan dari evaluasi yang dilakukan pada Tn.U bahwa intervensi-intervensi dengan Evidence Based atau Evidence Based Nursing yang telah direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan pemberian asuhan keperawatan pada Tn.U sehingga masalah Risiko Jatuh teratasi

