BAB IV

PEMBAHASAN

Pada BAB ini penulis akan membahas perbandingan antara BAB II dan BAB III pada Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Tn.S dengan Fokus Intervensi Efektifitas Edukasi Gizi Dengan Media Vidio Animasi Dan Leaflet Terhadap Pengetahuan Dan Kepatuahn Diet Rendah Garam di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi dengan tahapan keperawatan yaitu Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan, dan Evaluasi Keperawatan dari hasil pengkajian mulai tanggal 03-05 April 2026 akan penulis bahas lebih lengkap di bawah ini.

A. Hasil Penelitian dan Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara menyeluruh, akurat dan sistematis, singkat serta berkesinambungan (Rina Rahmayanti dkk., 2024) . Dalam hal ini, perawat hanya dapat mengumpulkan data deskriptif, ringkas dan lengkap. Data pasien untuk laporan berdasarkan gejala, persepsi, observasi keluarga, observasi keperawatan, atau anggota tim medis. Ketidaktepatan dalam pengumpulan data mengidentifikasi kebutuhan perawatan pasien yang tidak lengkap, sehingga dapat menyebabkan diagnose keperawatan tidak akurat serta tidak lengkap.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan penulis memperoleh data sesuai dengan pengkajian pada BAB III tidak ada perbedaan yang didapatkan. Dipengkajian hari pertama yang dilakukan pada tanggal 03 April 2026 di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi, didapatkan data pasien bernama Tn.S berumur 55 tahun dengan diagnosa medis Hipertensi. Keluhan utama pasien mengatakan nyeri dibagian belakang kepala, untuk riwayat Kesehatan sekarang Pasien datang ke RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiarjo Purwodadi pada tanggal 01 April 2026 melalui IGD dengan keluhan sesak napas serta pusing dibagian belakang kepala terasa nyut-nyutan setelah bekerja di sawah. di IGD pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan kesadaran composmentis, tekanan darah: 182/101 mmHg, RR: 21x/menit, HR: 102x/menit, SpO^2: 94% Oksigen nasal kanul 3 lt masuk, S: 36,5 ℃ . Di IGD pasien mendapatkan terapi RL 20 tpm dan terapi amplodipin, Kemudian pada jam 21.10 pasien dipindahkan ke Ruang Flamboyan, di Ruang Flamboyan dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil pemeriksaan tekanan darah : 170/90 mmHg, RR: 20x/menit, HR: 100x/menit, SpO^2 : 98%, S : 36,2 ℃, hasil kolestrol 250mg/dL dan juga dilakukan pengkajian nyeri pada pasien dengan hasil P (Provoking): peningkatan tekanan darah tinggi, Q (Quality): pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat (nyut-nyutan), R (Region) : pasien mengatakan nyeri pada kepala, S (Skala): pasien mengatakan skala nyeri 5, T (Time) : pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Di Ruang Flamboyan

pasien mendapatkan terapi obat amlodipine 10 mg , Ramipril 5 mg, Atrovastatin 10 mg dan injeksi ketorolac 30 mg. Riwayat kesehatan dahulu pasien mengatakan sejak sekitar1 tahun yang lalu punya riwayat hipertensi, Pasien sebelumnya pernah mendapatkan obat penurun tekanan darah dari Puskesmas, namun pengobatan tersebut tidak dijalankan secara rutin. Pasien sering menghentikan minum obat jika merasa keluhan pusingnya sudah hilang. Riwayat Kesehatan keluarga pasien mengatakan ibu pasien mempunyai riwayat hipertensi. Pasien mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun lainnya seperti asma , DM, dan tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti HIV/AIDS, TBC maupun Hepatitis.

Setelah melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada tahap pengkajian, pasien juga dikaji keluhan nyeri pada hari Jumat, tanggal 03 April 2026 dimana didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri kepala. Pengkajian nyeri kepala terdiri dari PQRST yaitu sebagai berikut: P (Provoking): peningkatan tekanan darah tinggi, Q (Quality): pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat, R (Region) : pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, S (Skala): pasien mengatakan skala nyeri 5, T (Time) : pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

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

a. Nyeri Akut

Batasan karakteristik Nyeri akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, secara subyektif mengeluh nyeri, obyektif tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah (PPNI, 2017)

Secara teoritis, nyeri akut bertindak sebagai mekanisme proteksi dan pertahanan tubuh untuk menghindari kerusakan jaringan yang lebih parah. Nyeri kepala pada penderita hipertensi disebabkan karena kerusakan vaskuler akibat dari hipertensi tampak jelas pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan struktur dalam arteri-arteri kecil dan arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah. Bila pembuluh darah menyempit maka aliran arteri akan terganggu. Pada jaringan yang terganggu akan terjadi penurunan O^2 (oksigen) dan peningkatan CO2 (karbondioksida) kemudian terjadi metabolisme anaerob dalam tubuh yang meningkatkan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak, Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Saputri dkk., 2022a)

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang

Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan nyeri akut, didapatkan dari pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, karena peningkatan tekanan darah tinggi, nyeri yang dirasakan seperti ditekan benda-benda berat (nyut-nyutan), skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul, pasien tampak meringis, gelisah, dan tekanan darah meningkat 170/90 mmHg, Heart Rate meningkat : 102x/menit, Respiratory Rate: 20x/menit, SpO^2 : 98%, S : 36,2 ℃, hasil kolestrol 230 mg/dL.

b. Defisit Pengetahuan

Batasan karakteristik dari Defisit Pengetahuan didefinisikan sebagai ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, Kondisi ini merupakan diagnosis keperawatan kategori perilaku dan subkategori Penyuluhan/Pembelajaran. Defisit pengetahuan bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu respons manusia terhadap ketidaktahuan akan kondisi medis, rencana pengobatan, atau perawatan mandiri yang harus mereka jalani (PPNI, 2017).

Secara teoritis, defisit pengetahuan memiliki efek domino yang berbahaya bagi keselamatan pasien (*patient safety*). Berdasarkan teori adaptasi, manusia membutuhkan pemahaman kognitif untuk membentuk skema koping yang efektif. Jika domain kognitifnya kosong atau keliru, maka domain afektif (sikap) dan psikomotor

(tindakan) pasien juga akan ikut keliru. Pasien yang mengalami defisit pengetahuan cenderung gagal dalam melakukan perawatan mandiri (*self-care*), memiliki kepatuhan pengobatan (*adherence*) yang buruk, dan berisiko tinggi mengalami komplikasi berulang yang berujung pada rawat inap kembali (*readmission*). Oleh karena itu, penyelesaian masalah defisit pengetahuan melalui intervensi edukasi terstruktur bukan sekadar pelengkap formalitas, melainkan komponen krusial dalam memulihkan kemandirian dan kualitas hidup pasien (Hasibuan & Pohan, 2025)

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan Defisit Pengetahuan, didapatkan dari pasien mengatakan balum mengetahui penyakitnyan dengan Pasien menunjukkan perilaku kebingungan saat ditanya tentang penyakitnya yang diderita, Pasien tampak menunjukan perilaku tidak sesuai anjuran, serta pantangan diet hipertensi

c. Ketidakpatuhan

Batasan karakteristik dari Ketidakpatuhan didefinisikan sebagai perilaku individu dan/atau pemberi asuhan (*caregiver*) yang tidak mengikuti rencana perawatan atau pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan tidak efektif (PPNI, 2017)

Secara teoritis ketidakpatuhan sering kali merupakan bentuk mekanisme pertahanan diri (defensif) atau kegagalan adaptasi. Pasien dihadapkan pada situasi baru yang mengancam otonomi dirinya (misalnya harus minum obat seumur hidup, mengubah pola makan secara radikal, atau menjalani terapi yang menyakitkan) (Soares dkk., 2021). secara subyektif menolak menjalankan perawatan/pengobatan, menolak mengikuti anjuran, obyektif perilaku tidak mengikuti program perawatan/pengobatan, perilaku tidak menjalankan anjuran.

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan Ketidakpatuhan, didapatkan dari pasien mengatakan sering makan makanan yang gurih/asin, pasien tampak tidak patuh terhadap program terapi gizi diet

d. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Batasan karakteristik dari risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu yang faktor risiko dari penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, tumor otak, dilatasi kardiomiopati, cedera kepala, hipertensi, infark miokard akut, dan hidrosefalus (PPNI, 2017).

Dalam diagnosis keperawatan, Secara teoritis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif diklasifikasikan sebagai diagnosis Fisiologis dengan subkategori Sirkulasi, mengenai Risiko perfusi jaringan

serebral didefinisikan rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu Kesehatan, Risiko perfusi perifer tidak efektif jaringan serebral adalah penurunan kadar oksigen sebagai akibat dari kegagalan dalam memelihara jaringan di tingkat kapiler (Widiyani dkk., 2021)

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif didapatkan pada pasien mengatakan memiliki riwayat darah tinggi sejak 1 tahun yang lalu, pasien mengatakan, jika tekanan darah naik merasakan pusing dan nyeri pada kepala, pasien tampak lemas, dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu: TD : 170/90 mmHg RR: 20x/menit HR : 102x/menit SpO2 : 98% S : 36,2 ℃

e. Perfusi Serebral Tidak Efektif

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Perfusi Serebral Tidak Efektif didefinisikan sebagai penurunan sirkulasi darah ke jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. Secara klinis dan fisiologis, diagnosis ini menggambarkan suatu kondisi akut atau kronis di mana suplai oksigen O2 dan nutrisi (glukosa) yang dibawa oleh darah ke otak tidak mampu memenuhi kebutuhan metabolisme serebral. Otak tidak memiliki cadangan makanan atau oksigen; organ ini sepenuhnya bergantung pada aliran

darah yang konstan. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, terjadi karena adanya penurunan kadar hemoglobin yang terus menerus, sehingga pemenuhan oksigen ke seluruh tubuh ketika perfusi ini gagal atau berada di bawah ambang batas kritis (iskemia), sel-sel otak (*neuron*) akan mengalami disfungsi instan dalam hitungan detik, diikuti oleh kematian jaringan (*infark*) dalam hitungan menit jika aliran darah tidak segera dipulihkan (Abdul Chakim Al Amer dkk., 2023)

Secara teoritis, Batasan karakteristik dari perfusi serebral terganggu, tubuh akan memanifestasikan serangkaian tanda dan gejala klinis yang mencerminkan lokasi dan tingkat keparahan area otak yang kekurangan oksigen. Data teori ini dibagi menjadi data subyektif tidak tersedia, obyektif pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, tugor kulit menurun (PPNI, 2017)

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan Perfusi serebral tidak efektif didapatkan dari pasien mengatakan pusing, pasien tampak konjungtiva anemis, warna kulit pucat Hasil Laboratorium Hb: 10,9

f. Obesitas

Obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak berlebih atau

abnormal yang dapat mengganggu kesehatan. Dalam taksonomi keperawatan, diagnosis ini masuk ke dalam kategori Fisiologis dan subkategori Nutrisi dan Cairan (Hasna dkk., 2025)

Secara teoritis, Obesitas adalah faktor risiko tambahan bagi penderita tekanan darah tinggi karena berat badan terkait dengan peningkatan jumlah lemak di tubuh, obesitas tidak boleh dipandang secara dangkal hanya sebagai masalah estetika fisik atau akibat dari "kurangnya kemauan untuk diet. Obesitas adalah sebuah penyakit metabolik kronis kompleks yang melibatkan disregulasi neuroendokrin. Kondisi ini terjadi ketika energi yang masuk (*energy intake*) secara konsisten melebihi energi yang dikeluarkan (*energy expenditure*) dalam jangka waktu yang lama, menyebabkan jaringan adiposa (sel lemak) mengalami hipertrofi (membesar) dan hiperplasia (bertambah banyak) di berbagai area tubuh Batasan karakteristik dari obesitas adalah secara subyektif tidak tersedia, secara obyektif IMT >27 kg/m (pada dewasa) atau lebih dari presentil ke 95 untuk usia dan jenis kelamin pada anak (PPNI, 2017).

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn.S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan obesitas didapatkan dari pasien mengatakan sering makan-makanan yang berminyak/berlemak, pasien tampak obesitas dengan hasil

pemeriksaan antropometri TB : 170 cm, BB : 85 kg, LILA :29,2, IMT :30,1 kg/m

g. Gangguan pola tidur

Gangguan Pola Tidur didefinisikan sebagai gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal, Secara teoritis, tidur bukanlah proses pasif di mana tubuh sekadar "mati kutu," melainkan sebuah proses neurobiologis aktif yang esensial untuk pemulihan fisik (*restorasi somatik*), konsolidasi memori di otak, serta regulasi hormonal. Gangguan pola tidur terjadi ketika siklus alami ini terputus, baik karena waktu tidur yang kurang (kuantitas) maupun tidur yang sering terbangun sehingga tidak mencapai fase nyenyak (kualitas) (Sihombing & Paulina, 2022)

Batasan karakteristik dari gangguan pola tidur adalah secara subyektif mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (PPNI, 2017).

Berdasarkan analisa hasil pengkajian pada Tn..S di Ruang Flamboyan RSUD Dr.R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi hari Jumat tanggal 03 April 2026 ditemukan masalah keperawatan gangguan pola tidur didapatkan pasien mengatakan sehari tidur ± 6-7 jam / hari karena pasien terkadang sering terbangun, tidak puas tidur, istirahat tidak cukup, pola tidur berubah jika kepala terasa

nyeri, pasien tampak mengantuk dan lemas. Pasien mengatakan jika nyeri berkurang kualitas tidur membaik.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut buku panduan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang disusun oleh (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Setelah dilakukan pengkajian pada Tn. S penulis telah mendapatkan beberapa data yang sudah di kaji serta dianalisa sehingga penulis dapat menegakkan 3 diagnosa yaitu sebagai berikut:

a. Diagnosa Keperawatan yang muncul:

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

Gejala yang timbul pada penderita hipertensi salah satunya adalah nyeri kepala. Nyeri merupakan suatu keadaan pasien dalam tubuh yang tidak menyenangkan akibat ada rangsangan fisik atau mental baik bersifat subjektif maupun personal. Nyeri akut biasanya timbul secara bertahap atau mendadak yang terjadi dengan intensitas nyeri ringan hingga nyeri berat selama kurang dari 3 hingga 6 bulan (Agustini dkk., 2026)

Secara patofisiologi Nyeri kepala akut yang terjadi pada pasien dengan hipertensi urgency ciphalgia disebabkan oleh serangkaian mekanisme fisiologis yang kompleks. Peningkatan tekanan darah secara mendadak dapat menyebabkan gangguan

pada sistem autoregulasi otak, yang berfungsi menjaga kestabilan aliran darah serebral. Autoregulasi didefinisikan sebagai kemampuan organ (otak, jantung, dan ginjal) untuk mempertahankan aliran darah yang stabil saat terjadi perubahan tekanan perfusi. Autoregulasi menyebabkan pembuluh darah berdilatasi atau berkonstriksi sebagai respons terhadap perubahan tekanan perfusi agar perfusi organ normal dapat dipertahankan. Aliran darah serebral dipertahankan pada individu normotensif dengan tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) antara 60 mmHg hingga 150 mmHg, Kegagalan autoregulasi, saat terjadi kenaikan tekanan darah mendadak yang melampaui batas autoregulasi, pembuluh darah gagal berkonstriksi sehingga terjadi (vasodilatasi). Hal ini menyebabkan tekanan perfusi jaringan menurun akibat penurunan aliran darah ke jaringan otak sehingga menimbulkan iskemia ringan pada jaringan saraf (Martinova Sari dkk., 2023) Selain itu, lonjakan tekanan darah juga memicu peningkatan sementara tekanan di dalam rongga kepala (tekanan intrakranial). Hal ini menyebabkan peregangan pada struktur otak yang sensitif terhadap nyeri, termasuk dura mater dan pembuluh darah besar.

Gabungan dari vasokonstriksi, iskemia, dan peningkatan tekanan intrakranial inilah yang menjadi penyebab utama timbulnya nyeri kepala yang berdenyut, yang sering ditemukan

pada kondisi hypertensive urgency. Secara klinis, pasien biasanya menggambarkan nyeri ini sebagai sensasi berdenyut di bagian belakang (oksipital) atau depan (frontal) kepala, yang cenderung memburuk saat beraktivitas. Mekanisme ini juga mendasari mengapa pengontrolan tekanan darah secara adekuat dapat membantu meredakan nyeri kepala pada pasien dengan kondisi tersebut (Shahoud., et al 2023)

Penulis menegakkan diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa utama karena ketidaknyamanan yang mengganggu, nyeri yang tidak berkurang dapat mempengaruhi system kardiovskular, pulmonari, gastrointestinal, endokrin dan imunologik, nyeri merupakan faktor yang menjadikan seluruh jaringan terjadi kerusakan apa bila nyeri terjadi dan tidak segera diatasi akan menimbulkan perubahan pada jaringan bahkan akan dapat menyebabkan kehilangan jaringan yang normal. Nyeri akut jika tidak segera diatasi maka akan menjadi nyeri kronis. Nyeri kronis merupakan pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat, berintensitas ringan hingga berat dan kostan, berlangsung lebih dari 3 bulan, permasalahannya besar dan sulit ditangani karena terjadi perubahan ekspresi saraf-saraf apabila tidak segera ditangani akan menyebabkan fungsi autonomi ditandai dengan nyeri hebat, gelisah, kulit kering,

tekanan nadi melambat dan hipertensi

2) Defisit Pengetahuan b.d Kurangnya Pemaparan Informasi (D.0111)

Menurut PPNI (2017) Defisit Pengetahuan adalah Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Defisit pengetahuan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan terhadap informasi topik tertentu.

Secara patofisiologi proses terjadinya masalah pada pasien Hipertensi dengan Defisit Pengetahuan ketika seorang pasien didiagnosis menderita hipertensi, pasien dihadapkan pada kondisi medis kronis yang menuntut penanganan kompleks, mulai dari terapi farmakologis jangka panjang hingga modifikasi gaya hidup seperti diet rendah garam. Namun, apabila pasien tersebut kurang terpapar informasi yang akurat dari tenaga kesehatan, mengalami kekeliruan dalam menginterpretasikan informasi, atau memiliki hambatan kognitif akibat faktor usia, maka otak akan mengalami kegagalan dalam memproses dan mengintegrasikan instruksi manajemen klinis tersebut. Kekosongan informasi kognitif inilah yang memunculkan diagnosis keperawatan Defisit Pengetahuan

Kondisi defisit pengetahuan ini Edukasi tentang hipertensi, yang mencakup definisi dan klasifikasinya, gejala, faktor penyebab, cara pengendalian, serta pemahaman makanan yang harus dihindari oleh penderita hipertensi memiliki dampak

penting terhadap pengetahuan. Edukasi diet yang berkaitan dengan hipertensi dapat dilakukan secara rutin sebagai upaya untuk membantu menurunkan tekanan darah. termaterialisasi melalui tanda klinis seperti pasien sering menanyakan masalah yang sama serta menunjukkan perilaku yang keliru dan tidak sesuai anjuran medis. Akibat ketidaktahuan tersebut, pasien cenderung menerapkan perilaku maladaptif atau tidak patuh, seperti mengonsumsi obat antihipertensi hanya saat timbul gejala pusing atau tetap menjalankan diet tinggi natrium. Perilaku keliru yang dilakukan secara terus-menerus ini pada akhirnya memicu vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah yang tidak terkontrol, sehingga tekanan darah melonjak tidak stabil dan secara sirkular meningkatkan risiko komplikasi fatal yang mengancam nyawa, seperti stroke, gagal jantung, maupun kerusakan ginjal (Didipu dkk., 2025)

Penulis menegakkan diagnosa Defisit Pengetahuan sebagai diagnosa kedua karena diagnosa keperawatan Defisit Pengetahuan menjelaskan masalah kesehatan disebabkan oleh keterbatasaan kognitif gangguan fungsi kognitif, kurang terpapar informasi kurang minat dalam belajar, ketidaktahuan menemukan sumber informasi. Pendapat Dirhan (2020) bahwa tingkat kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh tingkat pengetahuan dari orang tersebut, sehingga semakin baik tingkat pengetahuan

seseorang maka tingkat kesehatan orang tersebut juga akan semakin baik. Pada kondisi Tn.S tingkat pengetahuan menjadi meningkat

3) **Ketidakpatuhan b.d Kurangnya pemahaman terhadap program terapi (D.0142)**

Ketidakpatuhan merupakan perilaku individu/pemberian asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/pengobatan yang disepakati dengan tenaga Kesehatan sehingga menyebabkan hasil perawatan/pengobatan tidak efektif menurut PPNI (2017)

Ketidakpatuhan (*non-compliance*) secara patofisiologi pada dasarnya merupakan diagnosis keperawatan kategori perilaku yang diawali oleh adanya kesenjangan kognitif pada diri pasien. Ketika seorang pasien didiagnosis menderita penyakit kronis seperti hipertensi, tubuhnya mengalami gangguan regulasi vaskular yang memerlukan pengelolaan klinis jangka panjang berupa konsumsi obat antihipertensi secara rutin serta modifikasi gaya hidup. Namun, apabila pasien mengalami kurangnya pemahaman terhadap program terapi baik karena minimnya edukasi terstruktur dari tenaga kesehatan, hambatan bahasa, atau keterbatasan kognitif otak gagal mengintegrasikan pentingnya kepatuhan terhadap regimen pengobatan tersebut. Ketiadaan orientasi kognitif ini membuat pasien salah menginterpretasikan kondisi fisiknya; sebagai contoh, pasien sering kali menghentikan konsumsi obat secara sepihak hanya karena tubuhnya sudah tidak

merasakan gejala fisik seperti pusing atau kaku kuduk. Kegagalan pemahaman ini kemudian memanifestasikan perilaku maladaptif yang secara klinis ditegakkan sebagai diagnosis Ketidakpatuhan. Pasien secara sengaja maupun tidak sengaja mengabaikan anjuran medis, melewatkan dosis obat, atau tidak mematuhi restriksi diet rendah garam. Secara sirkular, perilaku tidak patuh ini berdampak langsung pada aspek fisiologis pasien. Kepatuhan minum obat pada penderita hipertensi sangat penting karena dengan minum obat antihipertensi secara teratur dapat mengontrol tekanan darah pada penderita hipertensi, sehingga dalam jangka panjang risiko kerusakan organ seperti jantung, ginjal, dan otak dapat dikurangi, tanpa adanya supresi zat aktif dari obat antihipertensi di dalam darah, sistem saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) kembali memicu vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah secara masif. Akibatnya, tekanan darah pasien melonjak tinggi tidak terkontrol (*krisis hipertensi*), beban kerja jantung meningkat tajam, dan dalam jangka panjang hal ini mempercepat kerusakan target organ yang berujung pada komplikasi fatal seperti stroke, infark miokard (serangan jantung), hingga gagal ginjal akut maupun kronis (Nasrul Hadi dkk., 2023)

Faktor pedukung untuk mengangkat diagnosa Ketidakpatuhan ditegakkan diagnose ketiga karena terkait

kondisi tekanan darah Tn. S mengalami berisiko penurunan sirkulasi darah ke otak jadi sehingga Tn.S mengatakan tidak patuh terhadap program terapi maka disebabkan menjadi Risiko perfusi Serebral Tidak Efektif

4) Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)

Masalah utama yang sering terjadi pada pasien penderita hipertensi yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif. Risiko perfusi serebral tidak efektif disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil atau arteriola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga suplai oksigen akan menurun dan peningkatan karbondioksida kemudian terjadi metabolisme anaerob di dalam tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri kapiler pada otak yang disebabkan karena adanya penyempitan pembuluh darah vaskuler cerebral secara tidak adekuat akibat dari peningkatan tekanan darah vaskuler cerebral tersebut sehingga menekan serabut saraf otak dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial yang dapat menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak (Ningkemurlan, dkk., 2022)

Risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan suatu kondisi di mana seorang pasien mengalami kerentanan terhadap

penurunan sirkulasi darah ke jaringan otak. Secara patofisiologis, kondisi ini dipicu secara langsung oleh status Hipertensi kronis yang dialami pasien, di mana tekanan darah sistemik terus berada di atas normal (>140/90 mmHg). Peningkatan tekanan hidrostatik darah yang tinggi dan berlangsung lama ini memberikan stres mekanis yang konstan pada dinding pembuluh darah di seluruh tubuh, termasuk arteri serebral (pembuluh darah otak). Sebagai respons adaptif terhadap tekanan tinggi tersebut, pembuluh darah otak mengalami disfungsi endotel dan remodeling vaskular berupa penebalan dinding arteri serta penurunan elastisitas (arteriosklerosis serebral).

Perubahan struktural ini menyebabkan terjadinya gangguan mekanis pada sistem autoregulasi serebral yaitu kemampuan alami otak untuk mempertahankan aliran darah yang stabil terlepas dari fluktuasi tekanan darah sistemik. Ketika autoregulasi ini gagal atau bergeser ke ambang yang lebih tinggi, pembuluh darah serebral menjadi sangat rentan. Kenaikan tekanan darah yang mendadak dapat merusak sawar darah otak hingga memicu edema serebral (pembengkakan jaringan otak) atau bahkan menyebabkan ruptur (pecahnya) aneurisma pembuluh darah mikro otak yang mengakibatkan stroke hemoragik. Sebaliknya, penurunan tekanan darah secara drastis juga dapat menurunkan tekanan perfusi serebral (CPP = MAP - ICP) di bawah ambang

batas kritis, yang memicu iskemia jaringan otak akibat suplai oksigen dan nutrisi yang tidak adekuat. Ketidakstabilan hemodinamik mikro di otak inilah yang mendasari munculnya diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, yang jika tidak diintervensi dengan pengendalian tekanan darah, akan bermanifestasi secara klinis menjadi kerusakan neurologis permanen atau stroke (Dheni Koerniawan et al., 2023)

Penulis mengangkat risiko perfusi serebral tidak efektif sebagai diagnosa keempat karena diagnosa keperawatan risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi. Jika masalah tersebut tidak ditangani maka efek jangka panjang yang ditimbulkan adalah pecahnya pembuluh darah dalam otak hingga menyebabkan kelumpuhan atau dapat menyebabkan komplikasi seperti (Widiyani dkk., 2021)

Pada kondisi ini Tn.S memiliki tekanan darah tinggi yaitu tingkat 2 dimana pada kondisi ini disebabkan karena adanya penyempitan pembuluh darah yang dapat menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan darah serebral secara tidak adekuat. Ketika aliran darah tidak terkendali dapat menyebabkan pumbuluh darah menjadi tipis dan mengembang serta dapat menyebabkan adanya pembekuan darah yang nantinya bila tidak dikontrol akan menyebabkan penurunan sirkulasi darah ke otak (Muhaidi et al., 2024).

5) Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

Perfusi perifer tidak efektif dalam standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) 2016) adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Menurut Farida, A (2017) ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, terjadi karena adanya penurunan kadar hemoglobin yang terus menerus, sehingga mengganggu pemenuhan oksigen ke seluruh tubuh.

Secara patofisiologi, Penurunan konsentrasi hemoglobin (Hb) di dalam sirkulasi darah baik akibat gangguan produksi eritrosit, kehilangan darah mendadak, maupun proses hemolisis secara langsung menurunkan kapasitas darah dalam mengikat dan mengangkut oksigen (O2) ke seluruh tubuh. Ketika jumlah molekul Hb penampung oksigen berkurang, tubuh mengalami kondisi hipoksia jaringan (kekurangan pasokan oksigen pada sel). Sebagai bentuk kompensasi mempertahankan organ-organ vital seperti jantung dan otak, tubuh mengaktifkan sistem saraf simpatis yang memicu vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) pada area non-vital, terutama di jaringan perifer dan kulit. Aliran sirkulasi darah pada level kapiler perifer pun menurun drastis, sehingga mengganggu metabolisme lokal dari aerob menjadi anaerob. 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 sensasi lemas akibat menumpuknya asam laktat dan minimnya energi di tingkat seluler (Amelia dkk., 2021).

Penulis mengangkat diagnose ke lima ini untuk merespons masalah anemia pada Tn.S, dibuktikan dengan data objektif berupa kadar Hb yang rendah (10,9 g/dL), konjungtiva yang tampak anemis, serta keluhan subjektif berupa badan lemas dan CRT < 2 detik

Pada kondisi ini pasien mengalami hemoglobin (Hb) di dalam sel darah merah berfungsi mengikat dan mendistribusikan oksigen dari paru-paru ke seluruh jaringan perifer (organ tepi seperti kulit, otot, dan kuku). Ketika konsentrasi hemoglobin menurun (seperti pada kondisi anemia), kapasitas darah untuk membawa oksigen juga ikut menurun. Akibatnya, jaringan perifer mengalami hipoksia (kekurangan oksigen) yang mengganggu proses metabolisme sel dan memicu gejala klinis

6) **Obesitas b.d sering makan-makanan yang berminyak/berlemak (D.0030)**

Obesitas adalah faktor risiko tambahan bagi penderita tekanan darah tinggi karena berat badan terkait dengan peningkatan jumlah lemak di tubuh. Obesitas merupakan suatu

kondisi akumulasi lemak tubuh yang berlebihan akibat ketidakseimbangan kronis antara asupan energi (*energy intake*) dan pengeluaran energi (*energy expenditure*). Konsumsi makanan yang tinggi lemak atau berminyak secara sering menjadi faktor pencetus utama karena lemak memiliki densitas kalori yang sangat tinggi (9kcal/gram) dibandingkan dengan karbohidrat atau protein (4kcal/gram) (Hasna dkk., 2025).

Ketika asupan kalori dari makanan berminyak ini terus-menerus melebihi kebutuhan metabolik harian tubuh, kelebihan energi tersebut akan dikonversi menjadi trigliserida dan disimpan di dalam jaringan adiposa (sel lemak) melalui proses lipogenesis. Seiring berjalannya waktu, ukuran (hipertrofi) dan jumlah (hiperplasia) sel lemak akan meningkat, yang secara klinis bermanifestasi sebagai obesitas dengan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT) lebih dari 27 kg/m2 (PPNI 2017).

Hubungan antara obesitas akibat diet tinggi lemak ini dengan kejadian Hipertensi melibatkan beberapa mekanisme patofisiologis yang saling berkaitan. Jaringan lemak yang menumpuk terutama lemak viseral (perut) bukanlah jaringan pasif, melainkan organ endokrin aktif yang melepaskan berbagai zat kimia bernama adipokin, seperti leptin, serta sitokin pro-inflamasi (TNF-alpha dan IL-6). Peningkatan kadar leptin dan asam lemak bebas dalam darah memicu hiperaktivitas sistem

saraf simpatis (SNS). Aktivasi SNS ini merangsang jantung untuk berdenyut lebih cepat (meningkatkan curah jantung) dan memicu vasokonstriksi atau penyempitan pembuluh darah sistemik.

Di saat yang sama, penumpukan lemak di sekitar ginjal secara fisik menekan parenkim ginjal, yang menyebabkan penurunan aliran darah ke organ tersebut. Sebagai respons, ginjal mengaktifkan Sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAAS). Aktivasi RAAS ini memicu sekresi hormon aldosteron yang menyebabkan retensi (penahanan) natrium dan air oleh ginjal, sehingga volume darah di dalam pembuluh darah meningkat drastis. Kombinasi antara penyempitan pembuluh darah (peningkatan resistensi vaskular perifer), peningkatan volume darah, serta terjadinya disfungsi endotel (kerusakan dinding pembuluh darah) akibat peradangan kronis inilah yang pada akhirnya menyebabkan peningkatan tekanan darah secara menetap, atau yang didiagnosis sebagai hipertensi

Pembahasan mengenai diagnosis keperawatan Obesitas yang berhubungan dengan kebiasaan sering mengonsumsi makanan berminyak atau berlemak ini disusun berdasarkan pendekatan standar asuhan keperawatan (SDKI 2017).

Penulis menegakkan diagnose keenam ini didasarkan data mayor dan minor untuk mengatasi masalah Obesitas, intervensi obesitas memfokuskan pada Manajemen Berat Badan dan

Edukasi Diet, supaya tidak menyebabkan Obesitas yang lebih tinggi maka, bantu pasien membuat target penurunan berat badan yang realistis, Pada kondisi ini Tn.S memiliki Berat Badan yang lebih dengan IMT 30,1 kg/m dimana kondisi ini disebabkan karena kondisi terjadinya penumpukan lemak yang berlebihan didalam tubuh sehingga tidak seimbang dengan asupan energi kalori tinggi dari lemak, 1 gram lemak menghasilkan 9 kalori, dua kali lipat lebih besar daripada 1 gram karbohidrat atau protein (yang hanya 4 kalori). Sering mengonsumsi makanan berminyak (seperti gorengan, makanan bersantan kental, atau *fast food*) menyebabkan terjadinya surplus kalori yang masif. Kalori berlebih yang tidak dibakar oleh tubuh ini akan diubah menjadi trigleserida dan disimpan di dalam jaringan adiposa (sel lemak), yang lama-kelamaan memicu obesitas

7) Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)

Menurut PPNI, (2017) Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Kondisi ini dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan mengganggu kehidupan sehari-hari, Pada pasien hipertensi, kurang kontrol tidur seperti ketidakmampuan mengatur jadwal tidur yang konsisten, lingkungan yang tidak kondusif, atau kecemasan terkait kondisi penyakitnya menjadi pemicu utama gangguan sirkadian (jam biologis tubuh). Secara normal, saat manusia tertidur, tubuh akan

mengalami fase *dipping*, yaitu penurunan tekanan darah alami sebesar 10–20% yang dimediasi oleh penurunan aktivitas sistem saraf simpatis. Namun, ketika kontrol tidur buruk dan pasien mengalami insomnia atau sering terbangun, tubuh gagal memasuki fase *dipping* tersebut. Kualitas tidur yang rendah ini memperpanjang kondisi terjaga (*prolonged wakefulness*), yang dipersepsikan oleh tubuh sebagai suatu bentuk stresor fisik dan psikologis (Ibrahim, 2021).

Sesuai pada teori menurut (Yanti Anggraini & Desy Haryanti, 2023) gangguan pola tidur disebabkan berbagai faktor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah, rasa tidak nyaman yang dirasakan pasien akan berpengaruh terhadap tekanan darahnya dan pola tidur yang terganggu.

Secara patofisiologi, Selain mengaktifkan saraf simpatis, kurang kontrol tidur juga mengganggu aksis *Hipotalamus-Pituitari-Adrenal* (HPA), yang menyebabkan lonjakan sekresi hormon kortisol (hormon stres). Kadar kortisol yang tinggi di malam hari meningkatkan sensitivitas pembuluh darah terhadap zat-zat vasokonstriktor dan memicu retensi natrium serta air di ginjal. Akibatnya, volume darah meningkat dan pembuluh darah menyempit secara bersamaan. Lingkaran setan (*vicious cycle*) kemudian terbentuk: kualitas tidur yang buruk menaikkan tekanan darah vaskular, dan sebaliknya, gejala klinis hipertensi

seperti sakit kepala belakang (*cephalgia*), jantung berdebar, serta rasa tidak nyaman pada tengkuk yang muncul di malam hari akan semakin memperparah gangguan pola tidur pasien (Sihombing & Paulina, 2022)

Hasil anamnesa diperoleh diagnosa gangguan pola tidur yaitu pada hari Jumat 03 April 2026 didapatkan pasien mengatakan sulit tidur dan tidurnya terganggu, pasien hanya tidur 6-7 jam pasien tampak lemas, mengantuk dan gelisah. Penulis mengangkat gangguan pola tidur sebagai diagnosa ketiga didasarkan pada data mayor dan minor. Dalam hal ini data sudah sesuai untuk diangkat diagnosa pada SDKI menjadi gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Penulis berasumsi bahwa gangguan pola tidur pada pasien karena ketidaknyamanan yang di rasakan atau keluhan yang dialami pasien.

b. Diagnosa Keperawatan Yang Kemungkinan Muncul Tetapi Tidak Muncul:

Pada penelitian ini penulis tidak menemukan data yang menunjang pada pasien sehingga penulis tidak menegakkan diagnosa yang memiliki kemungkinan muncul pada konsep asuhan keperawatan yang disusun sebelumnya, yaitu sebagai berikut :

1. **Ansietas (D.0080)**

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnose keperawatan ansietas tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnosa tersebut.

2. **Risiko Jatuh (D.0143)**

   Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnose keperawatan risiko jatuh tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnose tersebut.

3. **Intoleransi Aktivitas (D.0056)**

   Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnose keperawatan intoleransi aktivitas tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnosa tersebut

4. **Penurunan Curah Jantung (D.0008)**

   Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnosa keperawatan penurunan curah jantung tidak muncul

dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnosa tersebut.

5. **Hipervolemia (D.0022)**

   Peningkatan volume cairan intravascular, interstitial, dan/atau intraseluler tubuh (PPNI, 2017). Pada kasus ini diagnosa keperawatan hipervolemia tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnosa tersebut.

6. **Gangguan Rasa Aman Nyaman (D.0074)**

   Perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik psikospiritual dan lingkungan dan sosial (PPNI 2017). Pada kasus ini diagnosa keperawatan Gangguan rasa aman nyaman tidak muncul dikarenakan tidak ditemukan data yang mendukung baik data mayor maupun data minor untuk menegakkan diagnosa tersebut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dibuat untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Intervensi dibuat secara spesifik dan operasional yang terdiri dari aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan lebih baik lagi jika teridentifikasi siapa yang melakukan. Prinsip tersebut perlu dilakukan supaya setiap perawat yang melihat perencanaan keperawatan mudah untuk melakukannya atau mengaplikasikan rencana

tersebut. Setelah tindakan telah dilakukan, tiap intervensi dievaluasi berdasarkan respon pasien terhadap tiap tindakan yang telah diimplementasikan dan mengacu atau berorientasi pada kriteria hasil yang telah ditetapkan (Dheni Koerniawan et al., 2023).

a. Nyeri Akut b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0077)

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Adapun kriteria hasil yang sudah disiapkan oleh penulis sesuai dengan kasus yang dialami oleh pasien yag diharapkan tingkat nyeri yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil yang telah ditentukan oleh penulis yaitu: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, tekanan darah membaik, gelisah menurun.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintesitas ringan hingga berat dan konstan menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun, tekanan darah membaik, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah diastolik membaik, tekanan darah sistolik membaik, dan frekuensi nadi membaik, pola tidur membaik (Erman et al., 2024). Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam karena untuk menangani pasien yang mengalami keluhan nyeri diharapkan dapat

berkurang, dimana jika masing-masing diagnosa dilakukan tindakan terapi dalam sehari belum teratasi harus dilakukan intervensi lanjutan serta pemeriksaan ulang sampai nyeri yang dirasakan oleh pasien berkurang. Nyeri kepala pada penderita hipertensi dapat teratasi dengan menggunakan terapi relaksasi napas dalam 1x sehari atau bisa dilakukan sendiri serta kolaborasi pemberian obat ketorolac.

Adapun intervensi yang dilakukan untuk membantu meredakan rasa nyeri yang dialami akibat agen pencedera fisiologis (peningkatan tekanan darah) yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri tindakan ini dilakukan untuk mengetahui tindakan ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana karakteritik nyeri yang dirasakan oleh pasien, lokasi nyeri pasien dan durasi serta skala nyeri yang sedang dirasakan oleh pasien.

Intervensi keperawatan menurut SIKI terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi untuk tindakan observasi penulis menggunakan 5 tindakan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, memonitor efek samping penggunaan analgetik.

Tindakan terapeutik yang digunakan penulis ada 3 yaitu memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi napas dalam), memfasilitasi istirahat tidur, dan mengontrol

lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Intervensi teraputik utama yang dilakukan adalah memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Pada pemberian terapi non farmakologi penulis memberikan terapi relaksasi napas dalam sebagai intervensi utama untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Selain intervensi utama non farmakologis, penulis juga merencanakan intervensi yaitu juga memfasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur pasien, selain itu juga mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan dalam strategi meredakan nyeri. Selain rencana tindakan terapeutik, ada juga rencana keperawatan memberikan edukasi kepada pasien yaitu menjelaskan penyebab, periode dan pemicu timbulnya rasa nyeri, menjelaskan strategi meredakan nyeri. Edukasi ini diberikan dengan harapkan pasien dapat mengetahui penyebab dari rasa nyeri yang dirasakan saat ini. Menjelaskan strategi untuk meredakan rasa nyeri, edukasi ini diberikan diharapkan pasien dapat melakukan pemilihan strategi untuk meredakan nyeri secara mandiri, serta diberikan edukasi memonitor nyeri secara mandiri dan 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 pemberian obat analgesik, jika diperlukan atau pasien mengalami rasa nyeri berat.

Rencana 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 ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukan tingkat nyeri yang dirasakan menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, tekanan darah membaik, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik. Intervensi yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada.

b. Defisit Pegetahuan b.d Kurangnya Pemaparan Informasi (D.0111)

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Adapun kriteria hasil yang sudah disiapkan oleh penulis sesuai dengan kasus yang dialami oleh pasien yang diharapkan tingkat pengetahuan yang dirasakan pasien menurun dengan kriteria hasil yang telah ditentukan oleh penulis yaitu: Perilaku sesuai anjuran meningkat, Verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang sesuatu topik meningkat, Perilaku sesuai dengan pengetahuan

meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat, Persepsi yang keliru terhadap masalah meningkat

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil Perilaku sesuai anjuran meningkat, Verbalisasi minat dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan meningkat pengetahuan tentang sesuatu topik meningkat, Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat, Persepsi yang keliru terhadap masalah meningkat (Didipu dkk., 2025)

Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam karena untuk menangani pasien yang kurang pengetahuan tentang tahap belajar diharapkan tingkat pengetahuan tentang penyakitnya meningkat, dimana jika masing-masing diagnosa dilakukan tindakan tahap belajar dalam sehari belum teratasi harus dilakukan intervensi lanjutan serta melakukan pengulangan edukasi dengan metode leaflet dan video animasi yang sudah direncanakan.

Intervensi keperawatan menurut SIKI terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi untuk tindakan observasi penulis menggunakan observasi 3 tindakan yaitu Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi, Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini serta mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu,

Tindakan terapeutik yang digunakan penulis ada 3 yaitu mepersiapkan materi, media dan alat peraga, menjadwalkan waktu yang tepat, memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya untuk memberikan Pendidikan kesehatan. Intervensi teraputik utama yang dilakukan adalah memberikan Edukasi Pendidikan Kesehatan untuk meningkatkan tingkat pengetahuan. Pada tindakan terapeutik Pendidikan kesehatan dengan cara menggunakan media alat lembar balik serta video animasi untuk mempermudah pasien dalam meningkatkan pengetahuannya.

Selain rencana tindakan terapeutik, ada juga rencana keperawatan memberikan edukasi kepada pasien yaitu menjelaskan tujuan diit terhadap kesehatan, menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang, menganjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogamkan mengnjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi. Edukasi ini diberikan dengan harapkan pasien dapat mengetahui penyebab tingkat pengetahuan meningkat.

Adapun beberapa intervensi yang ada pada teori SIKI semuanya diterapkan pada pasien. Intervensi yang disiapkan berdasarkan keadaan pasien, fasilitas yang ada di Rumah Sakit tempat pengelolaan pasien, dan menurut penulis intervensi tersebut sangat optimal untuk mengatasi masalah yang dialami pasien karena sudah dibuktikan dengan rasional yang ada pada setiap intervensi dan mampu membantu mengatasi masalah keperawatan Defisit Pengetahuan

berhubungan dengan kurang pemaparan informasi (Didipu dkk., 2025)

Rencana 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 ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukan tingkat pengetahuan meningkat, dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan meningkat, pengetahuan tentang sesuatu topik meningkat, Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat, Persepsi yang keliru terhadap masalah meningkat Intervensi yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada

c. Ketidakpatuhan b.d Kurangnya pemahaman terhadap program terapi (D.0142)

Pada tahap intervensi atau perencanaan, peneliti menyusun intervensi dengan pendekatan SMART yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Adapun luaran kriteria hasil yang sudah disiapkan oleh penulis sesuai dengan kasus yang dialami oleh pasien yang diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kondisi pasien menurun dengan kriteria hasil Verbalisasi kemauan memenuhi program perawatan atau pengobatan meningkat,

Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, Risiko komplikasi penyakit masalah kesehatan menurun, Perilaku mengikuti anjuran program perawatan pengobatan membaik.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat kepatuhan meningkat dengan kriteria hasil Verbalisasi kemauan memenuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, Risiko komplikasi penyakit masalah Kesehatan menurun, Perilaku mengikuti anjuran program perawatan pengobatan membaik.

Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam karena untuk menangani pasien ketidakpatuan dalam menjalankan perawatan/pengobatan diharapkan tingkat kepatuhan meningkat, dimana jika masing-masing diagnosa dilakukan tindakan tahap belajar dalam sehari belum teratasi harus dilakukan intervensi lanjutan serta Mengdentifikasi persepsi tentang masalah Kesehatan Monitor pelaksanaan tanggung jawab, memberikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab.

Intervensi keperawatan menurut SIKI terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi untuk tindakan observasi penulis menggunakan observasi 2 tindakan yaitu mengidentifikasi persepsi tentang masalah Kesehatan Monitor pelaksanaan tanggung jawab.

Tindakan terapeutik yang digunakan penulis ada 3 yaitu memberikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab, meningkatkan rasa tanggung jawab atas perilaku sendiri, memberikan

penguatan dan umpan balik positif jika melaksanakan tanggung jawab atau mengubah perilaku. Intervensi teraputik utama yang dilakukan adalah meningatkan rasa tanggung jawab atas perilaku sendiri

Selain rencana tindakan terapeutik, ada juga rencana keperawatan memberikan edukasi kepada pasien yaitu mendiskusikan tanggung jawab terhadap profesi pemberi asuhan, diskusikan konsekuesi tidak melaksanakan tanggung jawab. Edukasi ini diberikan dengan harapkan pasien dapat patuh terhadap program terapi

Rencana 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 ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukan tingkat kepatuhan meningkat, dengan kriteria hasil Verbalisasi kemauan memenuhi program perawatan atau pengobatan meningkat, Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat, Risiko komplikasi penyakit masalah Kesehatan menurun, Perilaku mengikuti anjuran program perawatan pengobatan membaik.

d. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)

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 intracranial 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 (Nengkermulan, 2022).

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 (Lestari Lorna Lolo & Rusmadewi, 2021).

Adapun intervensi yang didapatkan yaitu mengidentifikasi

penyebab peningkatan TIK. Mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intra kranial pada pasien yang memiliki kondisi (mis. lesi, gangguan metabolisme dan edema serebral) menurut (Helmi Munib Muhaidi et al., 2024). 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 flukturasi 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, 2017).

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, mengindari manuver valsava, menghindari penggunaan PEEP, menghindari pemeberian 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 (Sari & Maritta Sari, 2022).

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 RR: (16-24 x/menit), 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 8 jam dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan penulis. Dengan adanya hal tersebut menunjukkan rencana keperawatan tersebut sesuai dengan aspek SMART.

e. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

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 perfusi perifer tidak efektif yaitu Denyut nadi perifer meningkat Warna kulit pucat menurun Akral tugor kulit membaik

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: Mengnjurkan 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**.**

Tujuan setelah dilakukan tindakan 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan keriteria hasil, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, akral tugor kulit membaik. Penulis menggunakan Intervensi keperawatan selama 3 x 8 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 perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, dan darah, dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, sehingga membutuhkan pemantauan yang optimal pada pemeriksaan hemoglobin.

f. Obesitas b.d sering makan-makanan yang berminyak/berlemak (D.0030)

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 obesitas yaitu berat badan membaik, tebal lipatan kulit membaik, Indeks massa tubuh membaik.

Sering makan makanan yang berlemak mengakibatkan obesitas sehingga harus diwaspadai dengan cara mengubah pola makan yang seimbang, penyebab utama obesitas adalah penumpukan lemak didalam tubuh secara berlebihan, penulis menggunakan Intervensi utama obesitas akibat kebiasaan mengonsumsi makanan berminyak/berlemak berfokus pada **pembatasan asupan kalori, modifikasi perilaku makan,** dan **peningkatan pembakaran energi**. lemak menyumbang kalori lebih dari dua kali lipat karbohidrat atau protein, sehingga porsinya harus dikontrol ketat (Hasna dkk., 2025).

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 kondisi kesehatan pasien yang dapat mempengaruhi berat badan

g. Gangguan Pola Tidur b.d Kurang Kontrol Tidur (D.0055)

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 gangguan pola tidur yaitu keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, (PPNI, 2019).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapakan keadekuatan kualitas tidur dan kuantitas tidur pasien 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. Penulis menggunakan waktu 3 x 24 jam dikarenakan untuk pasien yang mengalami keluhan sulit tidur diharapkan dapat berkurang dan perubahan emosional.

Adapun 17 intervensi yang ada pada teori SIKI, penulis menggunakan 12 intervensi yang disiapkan pada pasien. Adapun 5 intervensi yang tidak digunakan adalah yang pertama identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur pasien intervensi ini tidak diterapkann karena pasien mengatakan nyeri kepala akibat tekanan darah tinggi bukan karena minuman atau makanan yang dikonsumsi, kedua identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, intervensi

ini tidak diterapkan karena pasien tidak mengkonsumsi obat tidur, ketiga fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, intervensi ini tidak diterapkan karena hal tersebut sudah diberi dukungan atau spport oleh pihak keluarga, keempat dan kelima sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur, anjurkan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM intervensi ini tidak diguanakan karena pasien tidak diresepkan dokter terkait obat tidur (Tirani Timotea, 2024).

Intervensi yang disiapkan berdasarkan keadaan pasien, fasilitas yang ada di pusekemas 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 Rencana 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 ditentukan dengan waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Tujuan dari diagnosa ini sudah bersifat spesifik dimana diagnosa yang digunakan sudah sesuai dengan tujuan yaitu menunjukan pola tidur pasien membaik (Putu Nadia Naraswari Mukti, 2021)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil temuan di lapangan menunjukan perawat melakukan pengisian implementasi keperawatan pada rekam medis, namun dikategorikan tidak lengkap karena hampir seluruh rekam medis implementasi keperawatan yang tidak lengkap, tidak dibubuhi tandatangan dan nama lengkap dari perawat (Rina Rahmayanti dkk., 2022)

a. Nyeri Akut b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0077)

Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 15.00 WIB melakukan pengkajian lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri. Pengkajian nyeri menggunakan PQRST dengan hasil pengkajian didapatkan P: peningkatan tekanan intrakranal (TIK), Q: nyeri seperti ditekan-tekan benda berat, R: nyeri kepala pada bagian belakang, S: skala nyeri 5, T: nyeri yang dirasakan terus-menerus, pasien tampak meringis, lemas dan gelisah dengan hasil TTV yaitu TD: 170/90 mmHg, RR: 20x/menit, HR:102x/menit, SpO_2: 98%, S: 36,5℃. Untuk skala nyeri dalam batas normal ditunjukkan dengan skala 1-3 (Wijaya & Nurhidayati, 2020).

Pada pukul 15.40 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan terapi relaksasi napas dalam selama 5 menit dengan hasil pasien mengatakan setelah dilakukan

terapi ini nyeri kepala berkurang, pasien dapat melakukan dengan sendiri dengan baik. Tujuan dilakukan terapi relaksasi napas dalam yaitu mengurangi rasa nyeri kepala/leher, melancarkan peredaran darah, mengurangi stress fisik, membangun emosi energi positif dari negative serta melancarkan ventilasi dan oksigen darah, meningkatkan kebugaran (Witantri, 2024). Pada pukul 17.10 memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dengan pengkajian PQRST, P: peningkatan tekanan intrakranial, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan benda berat (nyut- nyutan), R: pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, S: pasien mengatakan skala nyeri turun menjadi 4, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien tampak tenang setelah dilakukan terapi relaksasi napas dalam. Pukul 15.25 menjelaskan tentang penyebab, periode, dan pemicu nyeri didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan sekarang memahami tentang penyebab dan pemicu nyeri, pasien dapat menyebutkan apa saja penyebab nyeri. Nyeri kepala pada pasien hipertensi disebabkan oleh kerusakan vaskuler pada seluruh pembuluh perifer. Perubahan arteri kecil dan arteola menyebabkan penyumbatan pembuluh darah, yang mengakibatkan aliran darah akan terganggu. Sehingga suplai oksigen akan menurun dan terjadi peningkatan karbondioksida kemudian terjadi metabolisme anaerob didalam tubuh mengakibatkan peningkatan asam laktat dan menstimulasi peka nyeri

kapiler pada otak (Martinova Sari dkk., 2023)

Pada hari Sabtu 04 April 2026 pukul 14.00 mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri didapatkan hasil pengkajian PQRST yaitu P: pasien mengatakan nyeri datang secara tiba-tiab, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan benda berat (nyut-nyutan), R: pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, S: pasien mengatakan skala nyeri 3, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis, lemas dan didaptkan hasil pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 164/89 mmHg, RR: 20x/menit, HR: 87x/menit, $SpO_{2:}$ 99%, S: 36℃. Pukul 14.40 memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relakasasi napas dalam dengan hasil pasien mengatakan setelah dilakukan terapi ini nyeri kepala berkurang tidak seperti biasanya, pasien dapat melakukan sendiri Setelah diberikan terapi relaksasi napas dalam pada pukul 14.45 memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan dengan hasil pasien mengatakan nyeri berkurang untuk pengkajian PQRST didapatkan P: peningkatan tekanan intrakranial (TIK), Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditekan benda berat (nyut- nyutan), R: pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, S: pasien mengatakan nyeri turun menjadi 3, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien tampak tenang dan nyaman setelah dilakukan terapi relaksasi napas dalam. Pukul 17.00 berkolaborasi pemberian obat analgetik dengan ketorolac

30 mg dengan hasil pasien mengatakan bersedia untuk diberikan obat, pasien tampak meringis ketika obat ketorolac dimasukkan melalui jalur IV. Pukul 17.10 memonitor efek samping penggunaan analgetic dengan hasil pasien mengatakan tidak merasakan apa-apa setelah diberikan obat nyeri, tidak ada tanda-tanda alergi yang terjadi pada pasien.

Pada hari minggu 05 April 2026 pukul 07.30 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang dengan menggunakan pengkajian PQRST, P: peningkatan tekanan intrakranial (TIK), Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditekan-tekan benda berat (nyut- nyutan), R: pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang, S: pasien mengatakan skala nyeri 2, T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, hasil pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 141/82 mmHg, RR: 20x/menit. Pukul 13.50 menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil pasien mengatakan jika merasakan nyeri lagi saat dirumah akan berusaha untuk memonitornya sendiri sesuai dengan yang diajarkan perawat, pasien tampak senang karena akan pulang.

Adapun dari 19 intervensi yang ada pada teori SIKI semuanya diterapkan pada pasien karena semua intervensi disesuaikan dengan keadaan atau keluhan yang dialami pasien, fasilitas yang ada di rumah sakit tempat pengelolaan pasien dan menurut penulis intervensi

tersebut sudah cukup untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Intervensi tersebut sudah dibuktikan dengan EBN/EB yang ada pada setiap intervensi dan mampu membantu mengatasi masalah keperawatan nyeri akut (Erman et al., 2024).

Adapun faktor yang mendukung untuk pelaksanaan tindakan keperawatan diberikan kebebasan serta bimbingan rekan-rekan perawat yang ada di ruang Flamboyan RSUD Dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi yang penulis gunakan sebagai lahan untuk penelitian untuk penelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn.S.

Penulis memiliki hambatan saat melakukan implementasi untuk menangani diagnosa pertama nyeri yaitu teknik non farmakologis terapi relaksasi napas dalam pada hari pertama pasien kurang kooperatif karena pasien masih merasakan nyeri dengan skala 5 yang membuat pasien merasa tidak nyaman pada sore hari pasien melakukan terapi napas dalam secara mandiri, pada hari kedua penulis mendapatkan dukungan dari pasien karena saat dilakukan intervensi pasien melakukan relaksasi napas dalam sesuai dengan arahan yang diajarkan sudah maksimal dan pada hari ketiga dilakukan intervensi pasien melakukan relaksasi napas dalam dengan maksimal serta memiliki semangat untuk sering berlatih secara mandiri karena keluarga memberikan dukungan. Penulis melakukan intervensi terapi relaksasi napas dalam pada pasien dengan tepat waktu (Saputri dkk.,

2022b)

Terapi relaksasi napas dalam dilakukan saat pasien merasa rileks. Dimana dengan kondisi rileks tidak mengalami ketegangan, dengan hal tersebut dapat menurunkan sistem saraf simpatis dan lebih mengaktifkan saraf parasimpatis. Hal inilah membuat sekresi ketokolamin dan kortisol berkurang dan lebih banyak mensekresi endorfin. Releasenya hormon endorfin didalam tubuh dapat membantu menghilangkan rasa nyeri, memberikan perasaan bahagia dan semua sel bisa memperbaiki kerusakannya (Luh Putu Ekarini et al., 2019).

Terapi ini diberikan 3 jam sebelum mendapatkan terapi obat, tujuannya untuk memaksimalkan adanya pengaruh terapi relaksasi napas dalam tanpa adanya pengaruh kerja obat. Teknik relaksasi napas dalam dapat dilakukan dalam waktu ± 5 menit 1 kali per hari dilakukan selama 3 hari selama 5-7 detik dan direlaksasikan selama 10-20 detik (Ferdisa & Ernawati, 2021)

b. Defisit Pengetahuan b.d Kurangnya pemaparan Informasi (D.0111)

Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 15.00 WIB melakukan pengkajian dengan cara mengidentifikasi kemampua pasien dan keluarga menerima informasi dengan hasil Pasien mengatakan balum mengetahui penyakitnya, p a s i e n menunjukkan perilaku kebingungan saat ditanya tentang penyakitnya yang diderita. Pukul

15.20 Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini dengan hasil Pasien mengatakan kurang mengetahui tentang pengetahuan tanda & gejala serta pencegahan penyakitnya yang diderita Pasien tampak menunjukan pemahaman yang keliru terhadap penyakit yang diderita, skor nilai 50, pukul 17.10 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu dengan hasil Pasien mengatakan sering makan makanan yang gurih/asin, serta suka makan-makanan yang berlemak, Pasien tampak sering makan makanan yang gurih/asin, konjungtiva tampak susah anemis, pasien tampak pucat Hb: 10,9, Pukul 17.30 Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan Kesehatan dengan hasil Pasien mengatakan bersedia diberikan jadwal untuk pendidikan Kesehatan, pasien tampak bersemangat**,** Pukul 17.45 Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang diet hipertensi dan Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dengan waktu selama 10 – 15 menit dengan hasil Pasien mengatakan bersedia Pasien tampak faham dan dapat mengulangi materi yang disampaikan, pasien tampak bertanya.

Pada hari Sabtu, 04 April 2026 pukul 14.00 melakukan pengkajian dengan cara mengidentifikasi tingkat pengetahuan Pasien mengatakan belom mengetahui tentang penyakitnya Pasien tampak binggung, pukul 14.10 Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan Kesehatan dengan hasil Pasien mengatakan bersedia diberikan jadwal untuk pendidikan Kesehatan, pasien tampak bersemangat, pukul 15.20

memberikan Pendidikan Kesehatan tentang diet hipertensi dan memberikan kesempatan dengan waktu selama 10 – 15 menit dengan hasil pasien mengatakan bersedia Pasien tampak faham dan dapat mengulangi materi yang disampaikan, pasien tampak bertanya. Pukul 19.00 mengidentifikasi tingkat pengetahuan Pasien mengatakan masih kurang untuk mengetahui tentang penyakitnya Pasien tampak binggung skor tingkat pengetahuan baik dengan nilai 60. Pukul 19.25 Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang diet hipertensi dengan media video & leaflet dengan waktu 10-15 menit dengan hasil pasien bersedia pasien tampak faham dan dapat mengulangi materi yang disampaikan, pasien tampak bertanya.

Pada hari Minggu, 05 April 2026 pukul 09.00 melakukan pengkajian dengan cara mengidentifikasi kemampua pasien dan keluarga menerima informasi dengan hasil Pasien mengatakan sedikit mengetahui penyakitnya Pasien tampak masih binggung tentang penyakitnya, pukul 09.30 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini dengan hasil Pasien mengatakan masih kurang mengetahui tentang pengetahuan tanda & gejala serta pencegahan penyakitnya yang diderita Pasien tampak menunjukan pemahaman yang keliru terhadap penyakit yang diderita, pukul 12.20 menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan Pendidikan Kesehatan Pasien mengatakan bersedia diberikan jadwal untuk pendidikan Kesehatan Pasien tampak bersemangat , pukul 13.00 Memberikan Pendidikan

Kesehatan tentang diet hipertensi dengan media video & leaflet dengan hasil Pasien mengatakan bersedia dilakukan kembali Pasien tampak faham dan dapat mengulangi materi yang disampaikan, pukul 13.40 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini dengan hasil Pasien mengatakan s u d a h mengetahui tentang pengetahuan tanda & gejala serta pencegahan penyakitnya yang diderita Pasien tampak sudah cukup paham mengenai tanda & gejala serta pencegahannya dengan skor 90 menunjukkan peningkatan pemahaman pasien mengenai tanda, gejala, pencegahan, dan pengelolaan hipertensi.

Implementasi yang dilakukan secara bertahap selama 10-15 menit, dilakukan satu hari 2x pengulangan menunjukkan peningkatan pengetahuan pasien dari skor 50 menjadi 90 sehingga tujuan keperawatan dinilai tercapai.

c. Ketidakpatuhan b.d Kurangnya pemahaman terhadap program terapi (D.0142)

Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 16.00 WIB melakukan pengkajian dengan cara Mengidentifikasi persepsi tentang masalah kesehatan dengan hasil Pasien mengatakan belum tau tentang masalah kesehatannya, Pasien tampak binggun. Pukul 16.10 memonitor pelaksanaan tanggung jawab dengan hasil Pasien mengatakan sering makan makanan yang gurih/asih serta makan-makanan yang berlemak Pasien tampak belom melaksanakan tanggung jawab terhadap kesehatannya. Pukul 16.40 Memberikan kesempatan merasakan memiliki tanggung jawab dengan hasil Pasien mengatakan bersedia

menjalankan kepatuhan diet rendah garam Pasien tampak kooperatif & menjalankan tanggung jawabnya.

Pada hari Sabtu, 04 April 2026 pukul 16.10 melakukan pengkajian dengan cara Mendiskusikan konsekuesi tidak melaksanakan tanggung jawab dengan hasil Pasien mengatakan bersedia Pasien tampak mengganggguk. Pukul 20.30 Mendiskusikan tanggung jawab terhadap pemberi asuhan dengan hasil Pasien mengatakan bersedia diberi tanggung jawab terhadap kesehatannya Pasien tampak kooperatif

Pada hari minggu, 05 April 2026 pukul 10.00 melakukan pengkajian dengan cara Mengidentifikasi persepsi tentang masalah Kesehatan dengan hasil Pasien mengatakan masih binggung tentang masalah tanda & gejala kesehatannya, Pasien tampak binggung, menunjukkan persepsi yang keliru, Pukul 13.20 Mengidentifikasi persepsi tentang masalah Kesehatan dengan hasil Pasien mengatakan sudah tau tentang masalah tanda & gejala kesehatannya Pasien tampak sudah paham.

Hasil implementasi menunjukkan adanya perubahan perilaku pasien menuju pengelolaan kesehatan yang lebih baik

d. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)

Pada hari Jumat, 03 April 2026 pukul 16.15 WIB melakukan pengkajian dengan cara Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Pasien mengatakan nyeri secara tiba-tiba pada kepala karena mempunyai riwayat darah tinggi, Pasien tampak meringis, Pukul 17.00 memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intra kranial (TIK)

dengan hasil pasien mengatakan nyeri kepala, dengan hasil pemeriksaan tekanan darah meningkat 155/90 mmHg.

Pada hari sabtu 04 April 2026 pukul 17.30 WIB pasien diposisikan semi Fowler untuk membantu meningkatkan perfusi serebral, kemudian 20.35 WIB lingkungan dibuat lebih tenang dengan mengurangi stimulus yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.

Pada hari minggu 05 April 2026 pukul 10.25 WIB dilakukan pemantauan ulang tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial. Selanjutnya 13.30 WIB dilakukan pemantauan tanda vital dan diperoleh tekanan darah 130/81 mmHg, menunjukkan kondisi perfusi serebral semakin membaik.

e. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

Implementasi dimulai pada hari jumat 03 April 2026 pukul 17.10 WIB dengan menganjurkan pasien melakukan olahraga secara rutin setelah kondisi stabil, Pasien tampak kooperatif.

Pada hari sabtu 04 April 2026 pukul 17.45 WIB pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya mengonsumsi obat antihipertensi secara teratur untuk mempertahankan perfusi jaringan

Selanjutnya pada hari minggu 05 April 2026 pukul 11.00 WIB diberikan edukasi mengenai program diet rendah lemak jenuh dan peningkatan konsumsi makanan sehat untuk memperbaiki sirkulasi darah.

Hasil implementasi menunjukkan pasien kooperatif dan bersedia menerapkan perubahan gaya hidup guna mempertahankan perfusi jaringan perifer.

f. Obesitas b.d sering makan-makanan yang berminyak/berlemak (D.0030)

Implementasi dimulai pada hari jumat 03 April 2026 pukul 16.30 WIB dengan mengidentifikasi kondisi kesehatan yang memengaruhi berat badan dengan hasil pemeriksaan menunjukkan berat badan 85 kg, tinggi badan 170 cm, dan IMT 30,1 kg/m² yang termasuk kategori obesitas. Pada 17.15 WIB dilakukan perhitungan berat badan ideal pasien.

Pada hari sabtu 04 April 2026 pukul 18.10 WIB pasien diberikan edukasi mengenai faktor risiko kelebihan berat badan terhadap hipertensi.

Pada hari minggu 05 April 2026 pukul 09.40 WIB dilakukan evaluasi kebiasaan makan dan pasien menyatakan akan mengurangi konsumsi makanan tinggi garam dan lemak. Selanjutnya 11.30 WIB dilakukan edukasi ulang mengenai faktor risiko obesitas dan 20.45 WIB (hari sebelumnya) pasien telah dianjurkan mencatat asupan makanan, aktivitas fisik, dan perubahan berat badan sebagai upaya pengendalian berat badan.

Implementasi menunjukkan pasien mulai memahami hubungan obesitas dengan hipertensi dan bersedia melakukan perubahan pola

hidup**.**

g. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055)

Implementasi dimulai pada hari jumat 03 April 2026 pukul 17.00 WIB dengan mengidentifikasi pola tidur pasien. Pasien tidur sekitar 6–7 jam/hari, namun sering terbangun akibat nyeri kepala. Pukul 17.20 WIB dilakukan identifikasi faktor yang mengganggu tidur dan ditemukan bahwa nyeri merupakan penyebab utama.

Pada hari sabtu 04 April 2026 pukul 18.25 WIB pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa perawatan. Selanjutnya pada 20.50 WIB disusun jadwal tidur bersama pasien agar kualitas tidur lebih baik.

Pada hari minggu 05 April 2026 pukul 11.40 WIB dilakukan pengendalian lingkungan dengan mengurangi kebisingan dan menjaga kenyamanan ruangan sehingga lingkungan tidak lagi memperberat nyeri maupun mengganggu istirahat pasien.

Secara keseluruhan, implementasi keperawatan pada diagnosis gangguan pola tidur menunjukkan adanya peningkatan kualitas istirahat pasien setelah nyeri berkurang dan lingkungan perawatan menjadi lebih nyaman.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022).

Evaluasi dalam keperawatan adalah kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan pasiensecara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Sitanggang, 2018) dalam (Wahyu Tri, 2023).

a. Nyeri Akut b.d Peningkatan Tekanan Darah (D.0077)

Evaluasi keperawatan terhadap diagnosis **Nyeri Akut** dilakukan selama tiga hari, yaitu **Sabtu, 04 April 2026, Minggu, 05 April 2026,** dan **Senin, 06 April 2026**. Pada **Sabtu, 04 April 2026 pukul 19.20 WIB,** pasien masih mengeluhkan nyeri kepala dengan skala nyeri **4,** nyeri dirasakan seperti ditekan benda berat dan berlangsung hilang timbul akibat peningkatan tekanan darah. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah **145/90 mmHg**, nadi **102 x/menit**, respirasi **21 x/menit**, suhu **36,2°C,** saturasi oksigen **99%,** serta kadar kolesterol **230 mg/dL**. Pasien masih tampak meringis dan lemas sehingga masalah **Nyeri Akut dinyatakan belum teratasi,** dan intervensi dilanjutkan berupa pengkajian nyeri, teknik relaksasi, kolaborasi pemberian analgetik, pemantauan efek samping obat, serta pengendalian lingkungan.

Pada **Minggu, 05 April 2026 pukul 09.00 WIB,** pasien mengatakan nyeri mulai berkurang dengan skala nyeri menjadi **3** dan bersifat hilang timbul. Meskipun demikian, pasien masih tampak meringis dan tekanan darah masih **145/90 mmHg**, sehingga evaluasi menunjukkan masalah **belum teratasi** dan intervensi tetap dilanjutkan

untuk mempercepat penurunan nyeri.

Evaluasi akhir dilakukan pada **Senin, 06 April 2026 pukul 16.20 WIB.** Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala **2,** tampak tenang dan nyaman setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam. Hasil pemeriksaan tanda vital menunjukkan tekanan darah telah normal yaitu **130/81 mmHg,** nadi **98 x/menit**, respirasi **20 x/menit,** suhu **36,2°C,** dan saturasi oksigen **99%.** Berdasarkan hasil tersebut, masalah **Nyeri Akut dinyatakan teratasi** sehingga intervensi dihentikan.

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 teknik relaksasi napas dalam sesuai yang diajarkan oleh perawat saat merasakan nyeri

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

b. Defisit Pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi (D.0111)

Evaluasi diagnosis **Defisit Pengetahuan** dimulai pada **Sabtu, 04 April 2026 pukul 19.35 WIB.** Pasien mengatakan belum mengetahui penyakit yang dideritanya secara menyeluruh dan masih tampak bingung serta belum mengikuti anjuran yang diberikan. Oleh karena itu, masalah dinyatakan **belum teratasi** dan intervensi berupa identifikasi tingkat pengetahuan, pengkajian pola makan, penyusunan media edukasi, penjadwalan pendidikan kesehatan, dan pemberian kesempatan bertanya tetap dilanjutkan.

Pada Minggu, 05 April 2026 pukul 10.55 WIB, pasien masih kurang memahami tanda, gejala, dan pencegahan penyakit hipertensi sehingga evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi dan pendidikan kesehatan tetap diberikan secara berkelanjutan.

Evaluasi terakhir dilakukan pada Senin, 06 April 2026 pukul 13.10 WIB. Pasien menyatakan telah mengetahui tanda, gejala, serta pencegahan penyakit yang dideritanya dan tampak mampu menjelaskan kembali informasi yang diberikan. Berdasarkan hasil tersebut, masalah Defisit Pengetahuan dinyatakan teratasi sehingga intervensi dihentikan

Maka planning keperawatan penulis yaitu mengidentifikasi kemampua pasien dan keluarga menerima informasi mempertahankan intervensi Dimana intervensi yang dipertahankan penulis yaitu meminta pasien untuk control rutin sesuai jadwal dan anjurkan pasien untuk menjaga pola makan sesuai dengan arahan yang diberikan oleh perawat.

Adapun alasan penulis mempertahankan intervensi karena

berdasarkan evaluasi yang dilakukan pada Tn.S menunjukkan bahwa intervens - intervensi dengan Evidance Based atau Evidance Based Nursing yang telah direncanakan dan dimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S dan pasien. Penelitian ini dilakukan selama tiga hari karena pada periode tersebut penulis telah memperoleh data yang sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan, sehingga masalah Defisit pengetauan teratasi.

c. Ketidakpatuhan b.d Kurangnya pemahaman terhadap program terapi (D.0142)

Evaluasi terhadap diagnosis Ketidakpatuhan dilakukan pertama kali pada Sabtu, 04 April 2026 pukul 19.40 WIB. Pasien masih mengaku sering mengonsumsi makanan tinggi garam dan tampak belum patuh terhadap program terapi yang telah dianjurkan. Oleh karena itu, masalah dinyatakan belum teratasi, sehingga intervensi berupa identifikasi persepsi kesehatan, pemantauan tanggung jawab pasien, dan pemberian motivasi tetap dilanjutkan.

Pada Minggu, 05 April 2026 pukul 11.00 WIB, pasien masih menunjukkan perilaku yang sama, sehingga evaluasi kembali menyatakan masalah belum teratasi dan intervensi tetap dipertahankan.

Evaluasi akhir dilakukan pada Senin, 06 April 2026 pukul 11.35 WIB. Pasien menyatakan bersedia bertanggung jawab terhadap

kesehatannya setelah pulang ke rumah serta tampak kooperatif dan bersemangat. Berdasarkan hasil tersebut, masalah Ketidakpatuhan dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Maka planning keperawatan penulis yaitu mempertahankan intervensi Dimana intervensi yang dipertahankan penulis yaitu memonitor pelaksanaan tanggung jawab sesuai dengan arahan yang diberikan oleh perawat.

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

d. Risiko Serebral Tidak Efektif d.d Hipertensi (D.0017)

Evaluasi diagnosis Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dilakukan pada Sabtu, 04 April 2026 pukul 19.55 WIB. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 145/90 mmHg, pasien masih tampak lemas dengan IMT 30,1 kg/m², sehingga masalah dinyatakan belum teratasi. Intervensi yang dilanjutkan meliputi posisi semi Fowler, menciptakan lingkungan yang tenang, pemantauan status pernapasan, pemantauan

suhu tubuh, dan edukasi kesehatan.

Pada Minggu, 05 April 2026 pukul 11.20 WIB, tekanan darah pasien tetap 145/90 mmHg walaupun kondisi mulai membaik, sehingga masalah masih dinyatakan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Evaluasi akhir dilakukan pada Senin, 06 April 2026 pukul 12.00 WIB. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah telah normal yaitu 130/81 mmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 98 x/menit, saturasi oksigen 99%, dan suhu 36,2°C. Berdasarkan hasil tersebut, masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dinyatakan teratasi sehingga intervensi dihentikan

Sejalan dengan penelitian Acley & Ladwig, (2010) dalam (Helmi Munib Muhaidi et al., 2024) kriteria hasil dari masalah risiko perfusi serebral tidak efektif yaitu tidak merasa pusing atau sakit kepala, menunjukkan orientasi yang tepat terkait orang, tempat dan waktu serta mampu mengikuti perintah, sedangkan berdasarkan evaluasi yang dilakukan didapatkan data yaitu Tn.S sakit kepala menurun.

Penulis memiliki planning keperawatan yaitu pertahankan intervensi dimana intervensi yang dipertahankan adalah memantau tanda-tanda vital. Adapun alasan dari evaluasi yang dilakukan pada Tn.S menunjukkan bahwa intervensi-intervensi dengan Evidance Based atau Evidance Based Nursing yang telak direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3x24 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian

asuhan keperawatan pada Tn.S sehingga masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi.

e. Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin (D.0009)

Evaluasi dilakukan pada Sabtu, 04 April 2026 pukul 20.00 WIB. Pasien masih mengeluhkan pusing, konjungtiva tampak anemis, kulit pucat, dan kadar hemoglobin 10,9 g/dL, sehingga masalah belum teratasi. Intervensi berupa edukasi olahraga rutin, kepatuhan minum obat antihipertensi, serta program diet rendah lemak tetap dilanjutkan.

Pada Minggu, 05 April 2026 pukul 12.00 WIB, pasien masih mengeluhkan pusing dengan hasil objektif yang belum menunjukkan perubahan bermakna sehingga masalah dinyatakan belum teratasi dan intervensi tetap dipertahankan.

Evaluasi terakhir pada Senin, 06 April 2026 pukul 13.00 WIB menunjukkan pasien masih mengeluhkan pusing dan hasil pemeriksaan Hb masih 10,9 g/dL, sehingga masalah Perfusi Jaringan Perifer Tidak Efektif belum teratasi. Oleh karena itu, intervensi tetap dilanjutkan dengan anjuran olahraga, kepatuhan minum obat, dan program diet rendah lemak.

Sejalan dengan penelitian Acley & Ladwig, (2010) dalam (Helmi Munib Muhaidi et al., 2024) kriteria hasil dari masalah perfusi perifer tidak efektif yaitu konjungtiva anemis kuku dan kulit pucat, sedangkan berdasarkan evaluasi yang dilakukan didapatkan data yaitu Tn.S

konjungtiva .tidak anemis kuku dan kulit membaik

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

f. Obesitas b.d sering makan-makanan yang berminyak/ berlemak (D.0030)

Evaluasi pertama dilakukan pada Sabtu, 04 April 2026 pukul 20.45 WIB. Hasil pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 170 cm, berat badan 85 kg, dan IMT 30,1 kg/m² sehingga pasien masih termasuk kategori obesitas. Masalah dinyatakan belum teratasi dan intervensi dilanjutkan berupa identifikasi kondisi yang memengaruhi berat badan, perhitungan berat badan ideal, edukasi faktor risiko, serta pencatatan pola makan dan aktivitas fisik.

Pada Minggu, 05 April 2026 pukul 12.30 WIB, berat badan pasien menurun menjadi 84 kg dengan IMT 29,1 kg/m², namun pasien masih berada pada kategori obesitas sehingga masalah belum teratasi dan intervensi tetap dilanjutkan.

Evaluasi terakhir dilakukan pada Senin, 06 April 2026 pukul 13.30 WIB. Berat badan pasien tetap 84 kg dengan IMT 29,1 kg/m² sehingga masalah Obesitas belum teratasi. Oleh karena itu, pasien tetap dianjurkan menghitung berat badan ideal, memahami faktor risiko obesitas, serta mencatat asupan makan, aktivitas fisik, dan perubahan berat badan secara mandiri.

Maka planning keperawatan penulis yaitu mempertahankan intervensi Dimana intervensi yang dipertahankan penulis yaitu mengidentifikasi kondisi kesehatan yang memengaruhi berat badan sesuai dengan arahan yang diberikan oleh perawat.

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

g. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D. 0055)

Setelah dilakukan analisa pada hari jumat 03 April 2026 pukul 17.00 WIB mengidentifikasi pola tidur pasien, pasien mengatakan bisa tidur dengan tenang, kualitas tidur sudah tidak terganggu karena tidak

merasakan nyeri lagi. 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 (Putu Nadia Naraswari Mukti, 2021). 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.S menunjukkan bahwa intervensi-intervensi dengan Evidance Based atau Evidance Based Nursing yang telak direncanakan dan diimplementasikan penulis dalam kriteria waktu 3 x 8 jam, penulis dapat mencapai kriteria hasil yang sudah dilakukan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Tn.S sehingga masalah Gangguan Pola Tidur teratasi.