

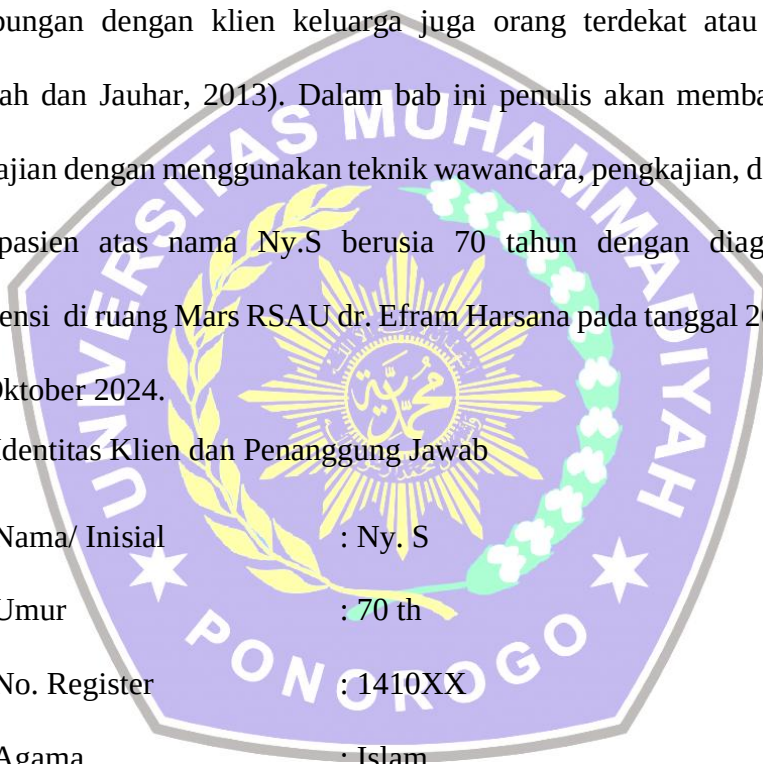
BAB 4

GAMBARAN KASUS

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respons manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat (Bararah dan Jauhar, 2013). Dalam bab ini penulis akan membahas tentang pengkajian dengan menggunakan teknik wawancara, pengkajian, dan observasi pada pasien atas nama Ny.S berusia 70 tahun dengan diagnose medis Hipertensi di ruang Mars RSAU dr. Efram Harsana pada tanggal 26 September – 02 Oktober 2024.

4.1.1 Identitas Klien dan Penanggung Jawab



a. Nama/ Inisial	: Ny. S
Umur	: 70 th
No. Register	: 1410XX
Agama	: Islam
Alamat	: Maospati, Magetan
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Tanggal MRS	: 26 September 2024 pukul 23.30 WIB
Tanggal Pengkajian	: 27 September 2024 pukul 10.00 WIB
Diagnosa Medis	: HT Emergency

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. B
 Umur : 52 Tahun
 Agama : Islam
 Alamat : Maospati, Magetan
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Petani
 Hub. Dengan Klien : Anak

4.1.2 Keluhan Utama

Saat MRS : Pasien masuk IGD RSAU dr. Efram Harsana Maospati tanggal 26 September 2024 pukul 23.30 dengan keluhan pusing cekot-cekot.

Saat Pengkajian : Pada saat pengkajian di ruang Mars RSAU dr. Efram Harsana Maospati tanggal 27 September 2024 pukul 10.00 pasien mengatakan nyeri kepala seperti di tusuk tusuk sampai ke tengkuk dan terasa cekot cekot

4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien masuk IGD RSAU dr. Efram Harsana Maospati pada tanggal 26 September 2024 pukul 23.30 dengan keluhan nyeri kepala hebat sudah sejak 3 hari yang lalu disertai nyeri perut, nyeri kepala sampai ke tengkuk sehingga pasien tidak mampu duduk dan hanya terbaring di tempat tidur, klien tidak mampu menahan sakitnya seperti di tusuk tusuk sempat berobat di mantri tetapi tidak ada perubahan. Keluarga mengatakan

pasien habis rawat inap 1 bulan yang lalu dengan keluhan yang sama, pasien tampak pucat, lemah, dan tampak meringis kesakitan. TTV: Kesadaran composmentis, GCS: E4V5M6, TD: 190/95 mmHg, Nadi 94 x/menit, RR: 23 x/menit, Suhu 36,8°C, SPO₂ 98%.

Saat Pengkajian (27 September 2024 pukul 10.00) ditemukan klien dalam keadaan umum tampak lemah, kesadaran composmentis, pasien tampak gelisah wajah pucat, tampak meringis kesakitan, bersikap protektif. Pasien mengatakan badan masih lemas, semalam tidak bisa tidur, masih nyeri kepala seperti di tusuk tusuk sampai ke tengkuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6, sebelumnya pasien rutin kontrol di puskesmas dan rutin minum obat, namun sudah beberapa hari pasien tidak kontrol dan rutin minum obat hipertensi sehingga terjadi kenaikan tekanan darah yang menyebabkan pasien nyeri kepala hebat. Tanda-tanda vital pasien saat pengkajian TD: 180/95 mmHg. Nadi 94x/menit, RR: 22 x/menit, Suhu 36,9°C, SPO₂ 98%.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat Hipertensi sudah ± 5 tahun yang lalu, sebelumnya pernah rawat inap 1 kali di RSAU dr. Efram Harsana Maospati dengan keluhan yang sama yaitu tekanan darah tinggi.

4.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti penyakit hipertensi dan diabetes melitus.

4.1.6 Riwayat Psikososial

a. Persepsi dan harapan klien terhadap masalahnya

Pasien mengatakan cemas mengenai penyakit yang diderita saat ini, pasien mengatakan bahwa perasaanya tidak tenang, tetapi pasien menyadari bahwa penyakitnya adalah ujian dari Allah Swt dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh dan cepat pulang dari rumah sakit.

b. Persepsi dan harapan keluarga terhadap masalah klien

Keluarga/anak pasien mengatakan mengetahui sakit yang dialami pasien, dan sejauh ini mengusahakan merawat pasien dengan baik, termasuk menyediakan makanan karena ada pantangan makanan. Keluarga/anak pasien berharap pasien dapat sembuh.

c. Pola interaksi dan komunikasi

Pasien mengatakan interaksi dengan keluarga baik, keluarga/anak selalu mendukung dan merawatnya. Pasien kooperatif berkomunikasi dengan perawat, mengikuti arahan yang diberikan tenaga kesehatan. Pasien dan keluarga berinteraksi dengan sesama pasien dan keluarga pasien.

d. Pola pertahanan

Pasien mengatakan selama dirawat selalu berdoa untuk kesembuhan dan ikhlas dengan apa yang dialaminya sekarang.

e. Pola nilai dan kepercayaan

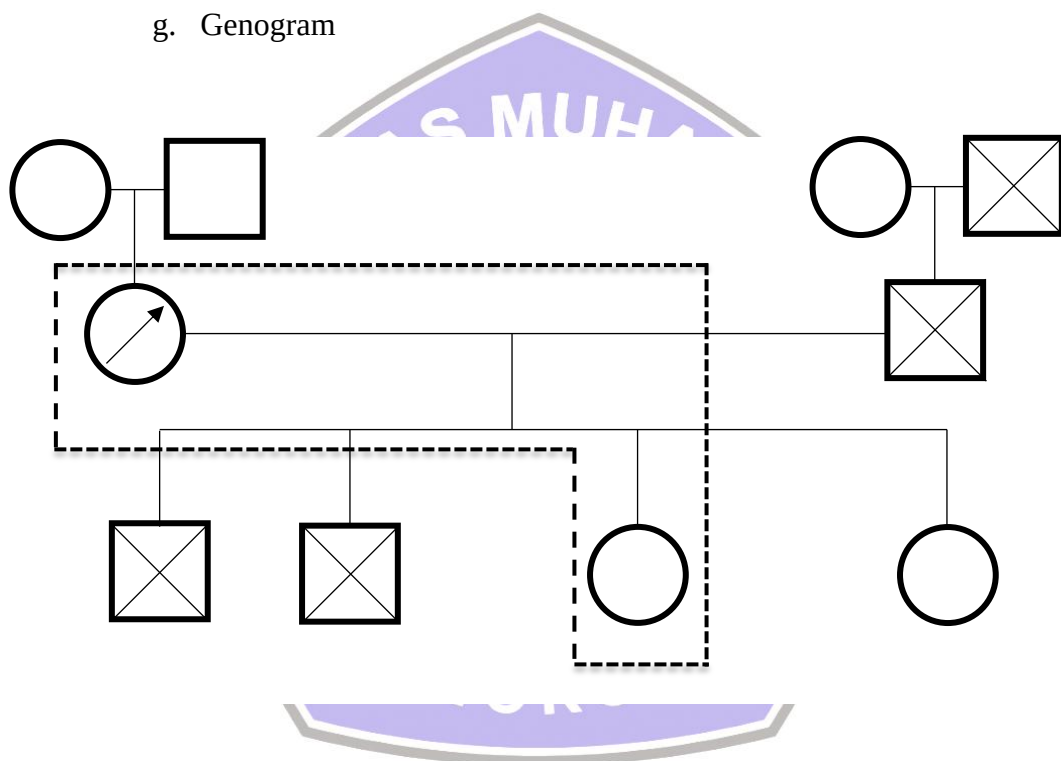
Pasien beragama islam, pasien mengatakan semoga bisa tabah

menghadapi sakitnya, selalu berdoa untuk kesembuhan. Ibadah selama di rumah rutin, selama di rumah sakit pasien tidak sholat.

f. Pengkajian konsep diri

Pasien mengatakan khawatir akibat kondisinya tetapi pasien tidak merasa rendah diri, dan memahami keadaanya, kadang sering merasa kasihan dan tidak tega karena kalau sakit klien hanya bergantung pada keluarga atau anaknya.

g. Genogram



Keterangan :

	: Laki-laki meninggal		: Garis keturunan
	: Laki-laki		: Tinggal serumah
	: Perempuan		
	: Pasien		

Gambar 4.1 Genogram

4.1.7 Pola Kesehatan Sehari-Hari

Tabel 4.1 Pola kesehatan sehari-hari

Pola	Sebelum Sakit	Saat Sakit
Nutrisi	Makan: 3 kali sehari, waktu teratur dengan komposisi nasi halus, lauk pauk (tempe, tahu, ayam), sayur bersantan dan suka makanan yang tinggi garam (asin), jarang mengkonsumsi buah-buahan. Minum: saat dirumah pasien memiliki kebiasaan minum air putih $\pm$ 1500 ml, dan minum teh setiap pagi atau kopi.	Makan : 3 kali sehari, waktu teratur. Klien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi diit yang diberikan. Pasien mengatakan nafsu makan selama di rumah sakit menurun. Minum: saat dirumah sakit pasien minum sejumlah $\pm$ 100 ml dan saat haus saja
Eliminasi	BAK: pasien BAK 3-4 kali sehari, konsistensi urin jernih, tidak ada darah dalam urin, BAB: pasien BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi lunak, warna tidak hitam, tidak diare, tidak konstipasi, tidak kembung	BAK: selama sakit pasien menggunakan pampers pasien BAK 3-4 kali sehari konsistensi urin jernih, tidak ada darah dalam urin. BAB: selama sakit pasien menggunakan pampers, BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak, warna khas feses.
Istirahat/Tidur	Pasien tidak mengalami masalah tidur pada malam hari, klien tidur $\pm$ 6 – 7 jam perhari. Pada siang hari klien jarang tidur.	pasien mengatakan pola tidur sedikit terganggu karna sering merasa pusing seperti tertusuk tusuk
Personal Hygiene	Pasien melakukan personal hygiene mandiri, mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2-3 hari sekali	Pasien melakukan personal hygiene dibantu keluarga, pasien belum mandi sejak di ruang rawat inap , hanya disibin saja.
Aktifitas	Pasien mengatakan jarang melakukan aktifitas dirumah, pasien mengatakan badannya lemes.	Pasien mengatakan badannya lemes, nyeri kepala aktivitas mobilisasi ke kamar mandi/makan/minum/pindah posisi dibantu keluarga

4.1.8 Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS: E4V5M6

b. Tanda-tanda vital :

TD: 180/95 mmHg

RR: 22 x/menit

S: 36,9°C

N: 94 x/menit

SPO₂: 98%

c. Pemeriksaan Head To Toe

1. Kepala dan Muka

Inspeksi :

Kepala dan wajah klien simetris, tidak terdapat lesi, rambut bersih dan beruban semua

Palpasi :

Tidak ada nyeri tekan

2. Mata

Inspeksi:

Mata klien simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, lensa mata tidak tampak keruh, terjadi penurunan penglihatan.

Palpasi:

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

3. Telinga

Inspeksi:

Telinga klien simetris dan bersih, tidak tampak serumen, tidak

menggunakan alat bantu dengar, pendengaran klien berfungsi baik

Palpasi:

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

4. Hidung

Inspeksi:

Hidung simetris, tidak tampak pernafasan cuping hidung, penciuman klien baik.

Palpasi:

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

5. Mulut dan faring

Inspeksi:

Gigi klien bersih, tidak menggunakan gigi palsu, lidah klien bersih, mukosa bibir lembab.

Palpasi:

Tidak ada nyeri tekan

6. Leher

Inspeksi:

Tidak ada lesi, tidak ada benjolan

Palpasi:

Tidak ada pembesaran tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar limfa, tidak ada nyeri tekan.

7. Payudara dan ketiak

Inspeksi:

Bentuk payudara simetris, tidak ada lesi



Palpasi:

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

8. Thorak

Inspeksi:

Tampak simetris, tidak ada lesi

Palpasi:

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

9. Paru

Inspeksi:

Tidak ada retraksi dinding dada, respiratory rate : 22x/menit

Palpasi:

Tidak ada nyeri tekan

Perkusi:

Suara paru sonor

Auskultasi:

Suara nafas regular, tidak ada suara nafas tambahan.

10. Jantung

Inspeksi:

Ictus cordis terlihat di ICS V midclavicula sinistra.

Palpasi:

Ictus cordis teraba di ICS 5,6 midclavicula sinistra

Perkusi:

Suara jantung pekak.

Auskultasi:



Bunyi jantung 1, bunyi jantung 2 tunggal

11. Abdomen

Inspeksi:

Abdomen tampak simetris, tidak ada acites, , tidak tampak adanya lesi

Auskultasi:

Peristaltik usus 12 x/menit

Palpasi:

Tidak ada nyeri tekan, tidak ada penumpukan skibala.

Perkusi:

Suara abdomen tymphani.

13. Sistem Integumen

Inspeksi:

Tidak erdapat oedema pada ekstremitas bawah, bersisik, kuku tebal dan panjang.

Palpasi:

Capillary Rate Time (CRT) < 3 detik, turgor kulit > 2 detik

14. Ekstremitas :

Atas :

Inspeksi:

Tangan kanan dan kiri dapat digerakan tanpa bantuan, tangan kanan terpasang infus NaCl, 0,9 % 20 tpm.

Bawah :

Inspeksi: otot simetris kanan dan kiri, tidak terdapat oedema pada

kaki kanan dan kiri, kuku kusam, kuku tebal, tidak nyeri tekan.

KO	Oedema	Fraktur	Deformitas
5 5	- -	- -	- -
5 5	- -	- -	- -

15. Genetalia dan Anus

Inspeksi:

Terpasang diapers, tidak ada hemoroid, jenis kelamin perempuan.

Palpasi:

Tidak ada nyeri tekan.

16. Status Neurologis :

- Tingkat Kesadaran : composmentis, GCS: E4V5M6
- Tanda perangsangan otak: Kaku kuduk (-), Brudzinsky I (-), Brudzinsky II (-), kernig (-), Lasegue (-)
- Uji syaraf kranial :
 - N. Olfaktorius/I: pasien dapat membedakan bau
 - N. Optikus/II: pasien dapat melihat dengan normal, dapat membuka dan menutup mata
 - N. Okulomotorius /III, trokhlearis/IV, abducen/VI: pasien dapat mengangkat kelopak mata keatas, dapat meggerakan mata kebawah dan kedalam, dapat menggerakan konjungiva, reflex pupil normal, reflex kedip normal
 - N. Trigeminus/V: pasien dapat menggerakan rahang ke semua sisi
 - N. Facialis/VII: pasien dapat menunjukkan ekspresi wajah, dapat

mengangkat alis, dapat tersenyum

N. Vestibulococlearis/VIII: pasien dapat mendengar dengan baik

N. Glosofaringeus/IX: pasien dapat membedakan rasa

N. Vagus/X: pasien dapat menelan lidah

N. Asesoris/XI: pasien dapat menggerakkan bahu

N. Hipoglosus/XII: Pasien dapat menggerakkan lidah

4.1.9 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.2 Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

Jenis Pemeriksaan : Hematologi

Tanggal Pemeriksaan : 26-09-2024

Ruang : MARS

Hasil Pemeriksaan :

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
HEMATOLOGI				
DARAH LENGKAP				
Hemoglobin (HGB)	10	g/dL	13.2-17.3	Colotometri
Hematokrit (HCT)	29.1	%	40-52	Impedance
Leukosit (WBC)	17.03	$10^3/\mu\text{L}$	3.8-10.6	Impedance
Trombosit (PLT)	295	$10^3/\mu\text{L}$	150-440	Impedance
Eritrosit	3.77	$10^6/\mu\text{L}$	4.4-5.9	Impedance
MCV	62.6	fl	80-100	Impedance
MCH	24.4	Pg	28-36	Impedance
MCHC	38	g/dL	31-37	Impedance
RDW-CV	17.6	%	10-16.5	Impedance
RDW	16.0	%	12-18	Impedance

MPV	7.8	fL	5-10	Impedance
PDW	15.5	%	9-17	Impedance
HITUNG JENIS (%)				
Eosinofil	0.0	%	0-6	Impedance
Basofil	0.1	%	0-2	Impedance
Neutrofil	85.6	%	42-85	Impedance
Limfosit	2.3	%	11-49	Impedance
Monosit	0.5	%	0-9	Impedance
Neutrofil Absolut	9.41	$10^3/\mu\text{L}$		Impedance
Limfosit Absolut	1.13	$10^3/\mu\text{L}$		Impedance
NLR	8.36			-
NRBC	0.00	%		-
KIMIA KLINIK				
Gula darah sewaktu	140	mg/dl	<140	End point

2. EKG

Tanggal Pemeriksaan : 27-09-2024

Ruang : Ruang Mars

Hasil Pemeriksaan : Sinus Tachycardia, normal axis, HR: 119 bpm,
Minimally abnormal or Normal Variation ECG.

3. Rontgen : tidak ada

4. Ct-scan : tidak ada

4.1.10 Penatalaksanaan

Tabel 4.3 Penatalaksanaan

Tanggal	Jenis	Nama	Dosis/Ket.	Ruang
26/09/2024	Farmakologi	Oksigen	3 lpm	IGD
		Infus PZ	20 tpm	
		Inj. Santagesik	2x 1 amp.	
		Inj. Ranitidin	2x1 amp.	
		Inj. Ketorolac	3x1 mg	
		Inj. omeprazole	1x1 mg	
27/09/2024	Farmakologi	Oksigen	3 lpm	Rawat Inap Ruang Mars
		Infus NaCl 0,9 %	20 tpm	
		Inj. Cefoperazone	3 x 1 amp.	
		Inj. Ondancetron	3x1 amp	
		Inj. santagesik	3x1 amp	
		Inj. omeprazole	1x1 amp	
		Inj. ketorolac	3 x1 mg	
		Po. Captopril	3x25mg	
		Amplodipin	1x100 mg	
		ISDN	3X5 mg	
		Ramipril	2x25 mg	

4.2 Analisis Data

Analisis Data merupakan metode yang dilakukan oleh perawat untuk mengaitkan data klien serta menghubungkan data dengan konsep teori yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien dan keperawatan pasien (Setiawan, 2012). Berdasarkan data hasil pengkajian maka hasil analisa data dari Ny.S yaitu:

Nama : Ny.S

Umur : 70 tahun

No.RM : 1410XX

Tabel 4.4 Analisa data

Tanggal	Kelompok Data	Masalah	Penyebab
27/09/2024 Jam 10.00 WIB	Data Subyektif: - Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala sampai ke tengkuk Data Objektif: a. Keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis b. Pasien tampak meringis, bersikap protektif, sulit tidur, gelisah c. pasien tampak tegang d. pasien tampak tidak nyaman pada tengkuknya. e. Pengkajian PQST: P: adanya tekanan darah tinggi Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri di bagian kepala sampai ke tengkuk. S:6 T: nyeri hilang timbul. f. TTV: TD:180/95 mmHg RR: 22 x/menit S: 36,9°C N: 94 x/menit, SPO ₂ : 98%	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Peningkatan tekanan darah ↓ Kerusakan vaskuler pembuluh darah ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Gangguan sirkulasi (otak) ↓ Resistensi pembuluh darah otak menurun ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri akut

4.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan penilaian dari respon individu terhadap kesehatannya baik secara actual atau potensial, yang dapat dilihat untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara agar mampu merubah status kesehatan klien (Herdman, 2017). Adapun diagnosa keperawatan yang akan diteliti pada studi kasus ini yaitu Nyeri Akut. Dari hasil tinjauan kasus dan disesuaikan dengan data-data hasil pengkajian maka didapatkan diagnosis keperawatan yang muncul pada Ny.S yaitu Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis.

Nama : Ny.S

Umur : 70 tahun

No.RM : 410XX

Tabel 4.5 Diagnosis keperawatan

NO	Tanggal ditemukan masalah	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Teratasi	TTD
1	27/09//2024	Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	02/10/2024	 Rusmiati

4.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) (Nursalam, 2018). Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis kepada Ny.S berdasarkan teori keperawatan yang dapat dilakukan menurut SIKI, (2018) yaitu:

Nama : Ny.S
 Umur :70 tahun
 No.RM :1410XX

Tabel 4.6 Intervensi keperawatan

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(D.0077) Nyeri Akut Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.	(L.08066) Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 kali pertemuan, diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas menurun 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Berfokus pada diri sendiri menurun 8. Ketegangan otot 9. Frekuensi nadi membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Nafsu makan meningkat 12. Pola tidur meningkat	Terapi Relaksasi Otot Progresif (I.05187) Tindakan 1. Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman 2. Monitor secara berkala untuk memastikan otot rileks Terapeutik 3. Atur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi 4. Berikan posisi bersandarpada kursi atau posisi lainnya yang nyaman 5. Hentikan sesi relaksasi secara bertahap 6. Beri waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi Edukasi 7. Anjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit 8. Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang 9. Anjurkan menegangkanotot selama 5 sampai 10detik, kemudian

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		anjurkan untuk merileksasikan otot 20- 30 detik, masing masing 8-16x 10. Anjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram

4.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik dan dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan dan strategi implementasi keperawatan (Dinarti & Mulyanti, 2017). Dalam melakukan implementasi keperawatan penulis melakukan implementasi selama 5 hari, yaitu dimulai pada tanggal 28 September sampai 02 Oktober 2024. Implementasi yang diberikan penulis kepada klien sudah sesuai dengan kondisi, keluhan klien dan sesuai intervensi yang dikemukakan oleh (SIKI, 2018).

Nama : Ny.S

No.RM: 1410XX

Umur : 70 tahun

Tabel 4.7 Implementasi

Tanggal	Jam implementasi	Implementasi dan Respon	TTD
28/09/2024 (Sesi pagi)	10.00 WIB	1. Memonitor tanda-tanda vital pasien Respon: TD 180/95 mmHg, RR: 22 x/menit, S: 36,9°C , N: 94 x/menit, SPO ₂ : 98%	 Rusmiati
	10.05 WIB	2. Mengidentifikasi tempat tenang dan nyaman Respon: pasien mengatakan merasa tenang dan nyaman dengan lingkungan yang bersih dan rapi	 Rusmiati
	10.10 WIB	3. Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi Respon: pasien meminta menutup tirai saat dilakukan terapi	 Rusmiati
	10.15 WIB	4. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien hanya bisa berbaring di bed tidur karena badan masih lemas	 Rusmiati
	10.17 WIB	5. Memberikan waktu mengungkapkan perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri	 Rusmiati
	10.20 WIB	6. Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.22 WIB	7. Mengajarkan melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.25 WIB	8. Menganjurkan menegangkan otot	

	10.30 WIB	selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20-30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.33 WIB	9. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.35 WIB	10. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.37 WIB	11. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang relaks Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.40 WIB	12. Menganjurkan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
		13. Menganjurkan berlatih diantara sesi regular dengan perawat Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
(Sesi Siang)	14.00 WIB	1. Mengidentifikasi tempat tenang dan nyaman Respon: pasien mengatakan merasa tenang dan nyaman dengan lingkungan yang bersih dan rapi	
	14.05 WIB	2. Mengatur lingkungan agar tidak ada gangguan saat terapi Respon: pasien meminta menutup tirai saat dilakukan terapi	
	14.10 WIB	3. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien hanya bisa berbaring di bed tidur karena badan masih lemas	
	14.15 WIB	4. Memberikan waktu mengungkapkan	

		perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri	
	14.20 WIB	5. Menganjurkan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.22 WIB	6. Menganjurkan melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.25 WIB	7. Menganjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20-30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.30 WIB	8. Menganjurkan menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.35 WIB	9. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.40 WIB	10. Menganjurkan fokus pada sensasi otot yang relaks Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.45 WIB	11. Menganjurkan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.50 WIB	12. Menganjurkan berlatih diantara sesi regular dengan perawat Respon: pasien mengikuti arahan perawat	

(Sesi Malam)	19.00 WIB	1. Pada sesi malam peneliti hanya menyampaikan ke istri pasien untuk melatih atau mengajarkan kembali teknik relaksasi otot progresif seperti yang diajarkan oleh peneliti	
29/09/2024 (Sesi Pagi)	09.00 WIB	1. Memonitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO ₂ : 99%.	 Rusmiati
	09.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien masih berbaring di bed tidur	 Rusmiati
	09.10 WIB	3. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif setelah dilakukan pada malam hari Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri dan dibantu oleh anaknya	 Rusmiati
	09.15 WIB	4. Memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.20 WIB	5. Melakukan untuk meregangkan kedua tangan kemudian membawa kedua kepala keatas pundak Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.25 WIB	6. Melakukan untuk mengangkat kedua bahu semaksimal mungkin seakan-akan bahu akan menyentuh kedua telinga sampai otot terasa tegang Respon : pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.30 WIB	7. Melakukan untuk mengangkat alis semaksimal mungkin sampai otot dahi merasa tegang dan kulit mengerut Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati

	09.32 WIB	8. Melakukan kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20-30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.35 WIB	9. Melakukan kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.36 WIB	10. Melakukan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.40 WIB	11. Melakukan kembali bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.45 WIB	12. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih segar dan lebih rileks setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif	 Rusmiati
(Sesi Siang)	14.00 WIB	1. Memonitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C, N: 80 x/menit, SPO ₂ : 99%.	
	14.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien masih berbaring di bed tidur	
		3. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif setelah dilakukan pada malam hari Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri dan dibantu oleh anaknya	

	14.10 WIB	4. Memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.15 WIB	5. Melakukan untuk meregangkan kedua tangan kemudian membawa kedua kepala keatas pundak Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.20 WIB	6. Melakukan untuk mengangkat kedua bahu semaksimal mungkin seakan-akan bahu akan menyentuh kedua telinga sampai otot terasa tegang Respon : pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.23 WIB	7. Melakukan untuk mengangkat alis semaksimal mungkin sampai otot dahi merasa tegang dan kulit mengerut Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.25 WIB	8. Melakukan kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20-30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.32 WIB	9. Melakukan kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.35 WIB	10. Melakukan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
		11. Melakukan kembali bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	

(Sesi Malam)	19.00 WIB	1. Pada sesi malam peneliti hanya menyampaikan ke istri pasien untuk melatih atau mengajarkan kembali teknik relaksasi otot progresif seperti yang diajarkan oleh peneliti	
30/09/2024 (Sesi pagi)	09.00 WIB	1. Monitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO ₂ : 99%.	 Rusmiati
	09.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien sudah mulai bisa duduk pelan pelan	 Rusmiati
	09.10 WIB	3. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif setelah dilakukan pada malam hari Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri dan dibantu oleh anaknya	 Rusmiati
	09.10 WIB	4. Melakukan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.15 WIB	5. Melakukan pasien meluruskan kedua kaki dengan menekuk pergelangan kaki kearah tubuh sampai merasakan ketegangan di otot paha Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.20 WIB	6. Melakukan pasien meluruskan kaki dan pergelangan kaki menjauhi tubuh sampai ketegangan berpindah ke otot betis Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.25 WIB	7. Melakukan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati

	09.30WIB	8. Melakukan kembali bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	09.35 WIB	9. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih segar dan lebih rileks setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif	 Rusmiati
(Sesi Siang)	14.00 WIB	1. Monitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO ₂ : 99%.	
	14.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien sudah mulai bisa duduk pelan pelan	
	14.10 WIB	3. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan tentang terapi relaksasi otot progresif setelah dilakukan pada malam hari Respon: pasien mengatakan lebih rileks setelah menerapkan terapi tetapi tidak mampu melakukan terapi secara mandiri dan dibantu oleh anaknya	
	14.15 WIB	4. Melakukan memakai pakaian yang nyaman dan tidak sempit Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.20 WIB	5. Melakukan pasien meluruskan kedua kaki dengan menekuk pergelangan kaki kearah tubuh sampai merasakan ketegangan di otot paha Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.23 WIB	6. Melakukan pasien meluruskan kaki dan pergelangan kaki menjauhi tubuh sampai ketegangan berpindah ke otot betis Respon: pasien terkondisikan dan	

		mengikuti arahan perawat	
	14.25 WIB	7. Melakukan fokus pada sensasi otot yang menegang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.32 WIB	8. Melakukan kembali bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.35 WIB	9. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih segar dan lebih rileks setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif	
(Sesi Malam)	19.00 WIB	1. Pada sesi malam peneliti hanya menyampaikan ke istri pasien untuk melatih atau mengajarkan kembali teknik relaksasi otot progresif seperti yang diajarkan oleh peneliti	
01/10/2024 (Sesi Pagi)	10.00 WIB	1. Monitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:150/75 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C, N: 80 x/menit, SPO ₂ : 99%.	
	10.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien dengan posisi duduk	Rusmiati 
	10.10 WIB	3. Mengevaluasi kembali melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	Rusmiati 
	10.15 WIB	4. Mengevaluasi kembali pasien untuk menggenggam atau mengepalkan tangan Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	Rusmiati 
	10.20 WIB	5. Mengevaluasi kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20- 30 detik, masing	 Rusmiati

	10.22 WIB	masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.25 WIB	6. Mengevaluasi kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.28 WIB	7. Melakukan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
(Sesi siang)	14.00 WIB	1. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien dengan posisi duduk	
	14.05 WIB	2. Mengevaluasi kembali melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.10 WIB	3. Mengevaluasi kembali pasien untuk menggenggam atau mengepalkan tangan Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.15 WIB	4. Mengevaluasi kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20-30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.20 WIB	5. Mengevaluasi kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.23 WIB	6. Melakukan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	

	14.25 WIB	7. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif Respon: pasien mengatakan lebih segar dan lebih rileks setelah dilakukan terapi relaksasi otot progresif	
(Sesi Malam)	19.00 WIB	1. Pada sesi malam peneliti hanya menyampaikan ke istri pasien untuk melatih atau mengajarkan kembali teknik relaksasi otot progresif seperti yang diajarkan oleh peneliti	
02/10/2024 (Sesi pagi)	10.00 WIB	1. Monitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:140/80 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C, N: 85 x/menit, SPO ₂ : 99%.	 Rusmiati
	10.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien dengan posisi duduk	 Rusmiati
	10.10 WIB	3. Mengevaluasi kembali melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.15 WIB	4. Mengevaluasi kembali pasien untuk menggenggam atau mengepalkan tangan Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.17 WIB	5. Mengevaluasi kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20- 30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.20 WIB	6. Mengevaluasi kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati
	10.25 WIB	7. Melakukan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	 Rusmiati

		Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif	
(Sesi siang)	14.00 WIB	1. Monitor tanda tanda vital pasien Respon: TD:140/80 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 85 x/menit, SPO ₂ : 99%.	
	14.05 WIB	2. Memberikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman Respon: pasien dengan posisi duduk	
	14.10 WIB	3. Mengevaluasi kembali melakukan relaksasi otot rahang Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.15 WIB	4. Mengevaluasi kembali pasien untuk menggenggam atau mengepalkan tangan Respon: pasien terkondisikan dan mengikuti arahan perawat	
	14.20 WIB	5. Mengevaluasi kembali menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik, kemudian anjurkan untuk merileksasikan otot 20- 30 detik, masing masing 8-16x Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.23 WIB	6. Mengevaluasi kembali menegangkan otot kaki selama tidak lebih 15 detik untuk menghindari kram Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.25 WIB	7. Melakukan bernapas dalam dan perlahan Respon: pasien mengikuti arahan perawat	
	14.30 WIB	8. Memberikan waktu untuk mengungkapkan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi otot progresif	

(Sesi Malam)	19.00 WIB	1. Pada sesi malam peneliti hanya menyampaikan ke istri pasien untuk melatih atau mengajarkan kembali teknik relaksasi otot progresif seperti yang diajarkan oleh peneliti	
--------------	-----------	--	---

4.6 Evaluasi Tindakan Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana keperawatan dan implementasi. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam 2018). Hasil dari evaluasi keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Hipertensi dengan masalah keperawatan nyeri akut selama 5 hari di ruang Mars RSAU dr. Efram Harsana didapatkan hasil :

Nama : Ny. S
Umur : 70 tahun
No.RM : 1410XX

Tabel 4.8 Evaluasi

Tanggal/Waktu	EVALUASI	TTD
28/09/2024	Subjektif (S) : Pasien mengatakan badan masih lemas, semalam tidak bisa tidur, nyeri kepala seperti di tusuk tusuk sampai ke tengkuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Objektif (O): - Pasien tampak pucat - Ku lemah - Pasien tampak gelisah - Pola tidur terganggu - Pasien tampak meringis menahan nyeri kepalanya - Pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - P: adanya tekanan darah tinggi - Q : nyeri seperti ditusuk tusuk dan cekot cekot	 Rusmiati

	R: kepala bagian belakang sampe ke tengkuk S : skala nyeri 6 T: Nyeri hilang timbul - TTV: TD:180/95 mmHg, RR: 22 x/menit, S: 36,9°C , N: 94 x/menit, SPO₂: 98%. <i>Assesment (A):</i> Nyeri akut belum teratasi <i>Planing (P):</i> 1. Lanjutkan intervensi relaksasi otot progresif 2. Motivasi keluarga untuk melakukan relaksasi otot progresif untuk sesi sore	
29/09/2024	Subjektif (S) : Pasien mengatakan nyeri kepala belum berkurang masih terasa cekot cekot dan seperti di tusuk tusuk Objektif (O): - Pasien tampak pucat - Ku lemah - Pasien tampak gelisah - Pola tidur terganggu - Pasien tampak meringis menahan nyeri kepalanya - Pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - P: adanya tekanan darah tinggi Q : nyeri seperi ditusuk tusuk dan cekot cekot R: kepala bagian belakang sampe ke tengkuk S : skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul - TTV: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO₂: 99%. <i>Assesment (A):</i> Nyeri akut belum teratasi <i>Planing (P):</i> Lanjutkan intervensi relaksasi otot progresif	 Rusmiati

30/09/2024	Subjektif (S) : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang Objektif (O): - Pasien tampak pucat - Ku lemah - Pasien tampak meringis berkurang - Pasien bersikap protektif saat diubah posisinya - P: adanya tekanan darah tinggi - Q : nyeri seperti ditusuk tusuk cekot cekot - R: kepala bagian belakang sampe ke tengkuk - S : skala nyeri 5 - T: Nyeri hilang timbul - TTV: TD:165/100 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO₂: 99%. Assesment (A): Nyeri akut belum teratasi Planing (P): Lanjutkan intervensi, Pasien rencana KRS pulang, Discharge planning (Edukasi penerapan Terapi relaksasi otot progresif secara mandiri di rumah)	 Rusmiati
01/10/2024	Subjektif (S) : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, pasien sudah bisa tidur. Objektif (O): - Ku baik - Tampak meringis berkurang - Bersikap protektif berkurang - P: adanya tekanan darah tinggi - Q : nyeri seperti ditusuk tusuk dan cekot cekot - R: kepala bagian belakang sampe ke tengkuk - S : skala nyeri 2 - T: Nyeri hilang timbul - TTV: TD:150/75 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 80 x/menit, SPO₂: 99%. Assesment (A):	 Rusmiati

	Nyeri akut teratasi sebagian <i>Planing (P):</i> Lanjutkan Intervensi (Edukasi keluarga untuk melatih relaksasi otot progresif di waktu sore dan malam)	
02/10/2024	Subjektif (S) : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, dan keadaan sudah membaik. Objektif (O): - Ku baik - Tampak meringis berkurang - Bersikap protektif berkurang - P: adanya tekanan darah tinggi Q : nyeri seperti ditusuk tusuk dan cekot cekot R: kepala bagian belakang sampe ke tengkuk S : skala nyeri 2 T: Nyeri hilang timbul TTV: TD:140/80 mmHg, RR: 20 x/menit, S: 36°C , N: 85 x/menit, SPO₂: 99%. <i>Assesment (A):</i> Nyeri akut teratasi sebagian <i>Planing (P):</i> Hentikan intervensi, Motivasi keluarga untuk membantu pasien melakukan relaksasi otot progresif apabila nyeri kepala muncul.	 Rusmiati