

BAB III

LAPORAN KELOLAN KASUS UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. A

Usia : 65 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Desa Miruek Lamreudeup

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan terakhir : SMA

Suku : Aceh

Status perkawinan : Menikah

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan sering merasakan sakit kepala.

3. Riwayat Kesehatan Saat Ini

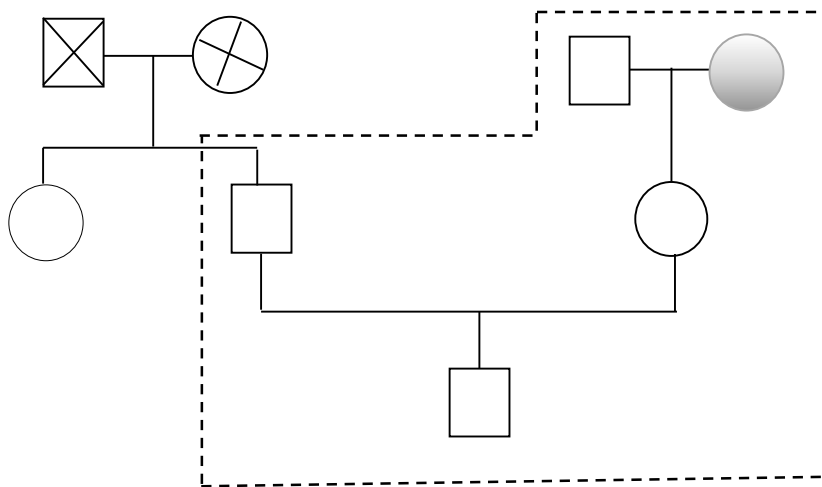
Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi (tekanan darah tinggi), sering pusing, dan merasa sakit pada bagian belakang kepala dan merasa tegang pada bagian leher belakang. Pasien mengatakan rasa nyeri yang dirasakan

terkadang mengganggu aktivitasnya, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas, skala nyeri 6, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk.

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan pernah mengalami penyakit hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan sudah berobat tetapi saat ini pasien mengatakan belum sempat untuk berobat.

5. Genogram



Keterangan:



= tinggal serumah



= perempuan



= pasien



= laki-laki



= Meninggal

6. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang menderita penyakit keturunan seperti diabetes melitus, asma dan hipertensi.

7. Riwayat Pekerjaan

Klien mengatakan tidak bekerja.

8. Riwayat Lingkungan Hidup

Klien mengatakan dari dulu tinggal dilingkungan rumah tersebut dan tidak pernah pindah rumah.

9. Riwayat Rekreasi

Klien mengatakan pasien sering melakukan rekreasi pada saat hari libur, klien biasanya pergi ke pantai bersama dengan keluarganya.

10. Sistem Pendukung

Klien mengatakan rumahnya lumayan dekat dengan Puskesmas.

11. Spiritual

a. Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan rutin melakukan kegiatan ibadah sholat

b. Keyakinan tentang kesehatan .

Klien mengatakan percaya bahwa setiap penyakit yang dialaminya pasti sembuh dan pasti ada obatnya.

12. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Keadaan umum klien baik.

b. Tanda-Tanda Vital

- 1) Suhu : 36,8 C
- 2) Nadi: 88x/menit
- 3) Tekanan darah: 160/90 mmHg
- 4) Pernafasan : 20x/menit

c. Tinggi Badan : 160 cm

d. Berat Badan : 60 kg

e. Sistem Kardiovaskuler

Tidak terdapat masalah pada sistem kardiovaskuler, bentuk dada normal, tidak terdapat lesi, pergerakan dinding dada simetris, tidak terdapat nyeri tekan, ictus teraba, perkusi dullnes pada jantung, suara jantung S1 S2 reguler, dan tidak terdapat suara tambahan.

f. Sistem Pernafasan

Tidak terdapat masalah pada sistem pernapasan, dada tampak simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, suara perkusi sonor pada seluruh lapang paru, suara napas vasikuler.

g. Sistem Integumen

Tidak terdapat masalah pada sistem integument. Warna kulit sawo matang, tidak terdapat hiperpigmentasi, persebaran rambut merata, tidak

terdapat lesi, tidak ada nyeri tekan, turgor kulit elastis, dan akral teraba hangat.

h. Sistem Perkemihan

Tidak terdapat masalah pada sistem perkemihan. Klien mengatakan BAK 5 6 kali sehari, berwarna kuning, dan berbau khas urine.

i. Sistem Muskuloskeletal

Kedua kaki simetris, tidak ada luka dan tidak ada bengkak.

j. Sistem Endokrin

Klien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes melitus dan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

k. Sistem Imun Hematologi

Tidak terdapat masalah pada sistem imun klien, klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi.

l. Sistem Gastrointestinal

Bentuk abdomen simetris, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen, tidak ada massa dan nyeri tekan.

m. Sistem Reproduksi

Klien berjenis kelamin perempuan, pasien mengatakan sudah menikah dan memiliki 1 anak.

n. Sistem Neurosensori

Kesadaran klien composmentis. Komunikasi lancar dan jelas, orientasi terhadap orang baik, panca indra berfungsi dengan baik.

13. Pengkajian Fungsional

Tabel 3.1 ADL (*Activity Daily Living*)

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (Feeding)	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan memotong, mengoles mentega, dll 2= Mandiri	2
2	Mandi (Bathing)	0= Tergantung dengan orang lain 1= Mandiri	1
3	Perawatan diri (Grooming)	0= Membutuhkan bantuan orang lain 1= Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	1
4	Berpakaian (Dressing)	0= Tergantung dengan orang lain 1= Sebagian dibantu (misal. mengancing baju) 2= Mandiri	2
5	Buang air kecil (Bladder)	0= Inkontinensia atau memakai kateter dan tidak terkontrol 1= Kadang inkontinensia 2= Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	2
6	Buang air besar (bowel)	0= Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1= Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2= Kontinensia (teratur)	2
7	Penggunaan toilet	0= Tergantung bantuan orang lain 1= Membutuhkan bantuan orang lain 2= Mandiri	2
8	Transfer	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2= Bantuan kecil (1 orang) 3= Mandiri	3
9	Mobilitas	0= Imobilitas (tidak mampu) 1= Menggunakan kursi roda 2= Berjalan dengan bantuan satu orang 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	3
10	Naik turun tangga	0= Tidak mampu 1= Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2= Mandiri	2

Interpretasi hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

Kesimpulan:

Skor klien yaitu 20, menunjukkan ADL dilakukan secara mandiri.

14. Pengkajian Kognitif

- a. Identifikasi tingkat intelektual dengan *Short Protable Mental Status Questioner* (SPMSQ)

Tabel 3.2 *Short Protable Mental Status Questioner* (SPMSQ)

SPSMQ			
No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa hari ini?	√	
2	Hari apa sekarang?	√	
3	Apa nama tempat ini?	√	
4	Dimana alamat anda?	√	
5	Berapa umur anda	√	
6	Kapan anda lahir?	√	
7	Siapa nama Presiden Indonesia sekarang?	√	
8	Siapa nama Presiden sebelumnya?	√	
9	Siapa nama Ibu anda?	√	
10	Berapa 30 dikurangi 3? (Begitu seterusnya sampai bilangan terkecil)	√	

Keterangan:

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Kesalahan 8-10: Kerusakan intelektual berat

Kesimpulan:

Jumlah kesalahan 0, menunjukkan fungsi intelektual utuh.

- b. Identifikasi aspek kognitif dari fungsi mental dengan menggunakan *Mini Mental Status Exam* (MMSE)

Tabel 3.3 Mini Mental Status Exam (MMSE)

MMSE				
No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Pertanyaan
1	Orientasi	5	5	(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?
2	Orientasi	5	5	Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) (rumah sakit) (lantai)?
3	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 objek: 1 detik untuk mengatakan masing-masing. Beri 1 poin untuk setiap jawaban paling benar
4	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (93, 86, 79, 72, 65)
5	Mengingat	3	3	Meminta untuk mengulang ketiga objek diatas. Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
6	Bahasa	9	9	Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan Namanya pada klien (misal. jam tangan atau pensil). Minta klien untuk mengurangi kata berikut “tidak

				ada, jika, dan, atau, tetapi, maka nilai 1 poin. Minta klien untuk mengikuti perintah yang terdiri dari 3 langkah: “ambil kertas dilantai” - Ambil kertas - Lipat 2 - Taruh dilantai Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) - Tutup mata anda Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar
	Total Nilai	30	30	

Keterangan:

Nilai maksimal 30, nilai 21 atau kurang biasanya indikasi adanya kerusakan kognitif yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut.

Kesimpulan:

Dari hasil yang didapat nilai klien 30, menunjukkan tidak terjadi kerusakan kognitif.

15. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

Klien aktif melakukan sosialisasi dengan tetangga, klien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maupun tetangga.

b. Identifikasi Masalah Emosional

1) Apakah klien mengalami kesulitan tidur?

Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala.

2) Apakah klien sering merasa gelisah?

Klien mengatakan gelisah ketika sakit kepala, pasien selalu bertanya-tanya tentang penyakitnya.

3) Apakah klien sering murung dan menangis sendiri?

Klien mengatakan ketika sakit dan ada masalah selalu cerita kepada keluarga.

4) Apakah klien sering was-was atau khawatir?

Klien mengatakan khawatir apabila sakit kepalanya berlangsung lama.

5) Klien mengatakan sering sakit kepala Apakah klien banyak pikiran?

Klien mengatakan saat ini tidak mengalami stress atau banyak pikiran.

- 6) Ada masalah atau gangguan dengan keluarga lain?

Klien mengatakan tidak ada masalah atau gangguan dengan keluarganya.

- 7) Apakah klien ada menggunakan obat tidur/ penenang sesuai anjuran dokter?

Klien mengatakan tidak menggunakan obat tidur atau obat penenang saat penyakitnya kambuh.

- 8) Apakah klien cenderung mengurung diri?

Klien mengatakan tidak pernah mengurung diri apabila terjadi masalah baik dalam keluarga maupun masyarakat .

c. Spiritual

Klien mengatakan aktif dalam melakukan ibadah sholat 5 waktu.

16. Pengkajian Depresi

Menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3.4 Pengkajian GDS

No	Item Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah Bapak/ Ibu sekarang merasa puas dengan kehidupannya?	√	
2	Apakah Bapak/ Ibu telah meninggalkan banyak kegiatan atau kesenangan akhir-akhir ini?		√
3	Apakah Bapak/ Ibu sering merasa hampa/ kosong di dalam hidup ini?		√
4	Apakah Bapak/Ibu merasa bosan?		√
5	Apakah Bapak/ Ibu merasa mempunyai harapan yang baik di masa depan?	√	
6	Apakah Bapak/ Ibu merasa mempunyai pikiran jelek yang mengganggu terus menerus?		√
7	Apakah Bapak/ Ibu memiliki semangat yang baik setiap saat?	√	
8	Apakah Bapak/ Ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		√
9	Apakah Bapak/ Ibu merasa bahagia sebagian besar waktu?	√	
10	Apakah Bapak/Ibu sering merasa tidak mampu berbuat apa-apa?		√
11	Apakah Bapak/Ibu sering merasa resah dan gelisah?		√
12	Apakah Bapak/Ibu lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu?		√
13	Apakah Bapak/ Ibu sering merasa khawatir tentang masa depan?		√
14	Apakah Bapak/Ibu akhir-akhir ini sering pelupa?	√	
15	Apakah Bapak/Ibu pernah berpikir bahwa hidup Bapak/Ibu sekarang menyenangkan?	√	
16	Apakah Bapak/Ibu sering merasa sedih dan putus asa?		√
17	Apakah Bapak/Ibu merasa tidak berharga akhir-akhir ini?		√
	Apakah Bapak/Ibu sering merasa khawatir tentang masa lalu?		√

19	Apakah Bapak/Ibu merasa hidup ini mengembirakan?	√	
20	Apakah sulit Bapak/Ibu untuk memulai kegiatan yang baru?	√	
21	Apakah Bapak/Ibu merasa penuh semangat?	√	
22	Apakah Bapak/Ibu merasa situasi sekarang ini tidak harapan?		√
23	Apakah Bapak/Ibu berpikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada Bapak/ Ibu?		√
24	Apakah Bapak/Ibu sering marah karena hal-hal yang spele?		√
25	Apakah Bapak/Ibu sering merasa ingin menangis?		√
26	Apakah Bapak/Ibu sulit berkonsentrasi?		√
27	Apakah Bapa/Ibu merasa senang waktu bangun tidur di pagi hari?	√	
28	Apakah Bapak/Ibu tidak suka berkumpul di pertemuan sosial?	√	
29	Apakah mudah bagi Bapak/Ibu membuat suatu keputusan?	√	
30	Apakah pikiran Bapak/ Ibu masih tetap mudah dalam memikirkan sesuatu seperti dulu?		√

Keterangan : Setiap jawaban yang sesuai diberikan skor 1

Skor 0-10 : Tidak depresi

Skor 11-20 : Depresi ringan

Skor 21-30 : Depresi sedang/ berat

Kesimpulan : Klien menjawab sesuai dengan jawaban yang ada pada pertanyaan yaitu 2 jawaban nomor 14 dan 25. Skor pasien 2, pasien menunjukkan skor 0-10 menunjukkan tidak depresi.

17. APGAR Keluarga

Tabel 3.5 Apgar Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang kadang (1)	Tidak Pernah (0)
1	A: Adaptasi Saya puas bisa kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu apabila saya mengalami kesulitan (adaptasi)	√		
2	P: Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman teman) saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan)	√		
3	G: Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan)	√		
4	A: Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman teman) saya mengekspresikan afek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	√		
5	R: Resolve Saya puas dengan cara teman atau keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon		√	

Keterangan:

Total nilai < 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Total nilai 4-6 : Sedang

Total 7-10 : Tidak ada disfungsi keluarga

Kesimpulan : Total nilai 9 (Tidak Ada Disfungsi Keluarga)

B. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi Hipertensi	Problem
1	DS: P: Pasien mengatakan sakit kepala dan leher bagian belakang dan merasa tegang pada bagian belakang leher Q: Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan membawa beban berat R: Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang S: Pasien nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan T: Pasien dirasakan hilang timbul DO: - Keadaan umum pasien baik - Pasien tampak meringis kesakitan - TTV: TD: 160/90 mmHg Suhu: 36⁰ C Nadi: 88x/menit RR: 20x/menit	Hipertensi ↓ Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi pada otak ↓ Retensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
2	DS: - Pasien mengatakan kurang tahu tentang penyakitnya - Klien tidak mengetahui penyebab hipertensi DO: - Pasien tampak sering bertanya tentang penyebab	Hipertensi ↓ Kurang terpapar informasi ↓ Informasi yang minim ↓ Defisit Pengetahuan	Defisit Pengetahuan

	nyeri kepala yang dirasakan		
3	DS : - Klien mengatakan pusing dan nyeri di kepala bagian belakang - Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala DO: - Wajah klien tampak sayu - Tampak ada lingkaran hitam di mata klien - TTV: - TD: 160/90 mmHg - Suhu: 36 °C - Nadi: 88x/menit - RR: 20x/menit	Hipertensi ↓ Sulit konsentrasi ↓ Nyeri kepala atau pusing ↓ Sulit tertidur ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri kepala bagian belakang, tengkuk, dan leher.

P: Hipertensi

Q: Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk

R: Nyeri dibagian kepala bagian belakang

S: Skala Nyeri 5 dari skala 0-10

T: Nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak memegang kepala bagian belakang, klien tampak meringis, TD: 160/90 mmHg, Nadi: 88x/menit.

- b. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, ditandai dengan pasien mengatakan kurang tahu tentang penyakit yang dideritanya dan tidak mengetahui penyebab hipertensi.

- c. Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan :

- pusing dibagian kepala belakang
- susah tidur
- nyeri seperti ditusuk-tusuk
- TD 160/90 mmHg

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

No	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi pasien membaik 5. Pola tidur pasien membaik	SIKI: Manajemen nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. Terapeutik: 4. Berikan teknik nonfarmakologis (jus mentimun 2 kali sehari pagi dan sore) 5. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis (jus mentimun 2 kali sehari pagi dan sore) Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	1. Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan 2. Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien 3. Mengetahui respon non verbal pasien 4. Jus mentimun mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi 5. Membantu menurunkan persepsi nyeri 6. Meningkatkan pengetahuan klien tentang nyeri 7. Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah 8. Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x kunjungan diharapkan pengetahuan klien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat pengetahuan pasien meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	SIKI: Edukasi Kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit 7. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 8. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 9. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 10. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 11. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan	1. Mengetahui tingkat kesiapan, kondisi emosional, serta kemampuan kognitif pasien 2. membantu meningkatkan pemahaman pasien melalui stimulasi visual 3. meningkatkan fokus dan kesiapan pasien sehingga proses edukasi lebih efektif 4. membantu mengklarifikasi informasi yang belum dipahami 5. membantu pasien menghindari pencetus dan mencegah kekambuhan 6. meningkatkan wawasan pasien mengenai kondisi yang dialami 7. Membantu pasien mengenali gejala sejak dini 8. Memberikan pemahaman tentang dampak lanjutan penyakit 9. Meningkatkan kemandirian pasien dalam mengontrol gejala 10. Mengurangi risiko ketidakpatuhan akibat efek samping 11. Membantu pasien mengenali gejala sejak dini
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x	SIKI: Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola dan kebiasaan tidur klien	1. Mengetahui pola tidur dasar klien 2. Faktor internal dan eksternal merupakan penyebab utama

	kunjungan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur meningkat 2. Keluhan tidak puas tidur meningkat 3. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat	2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur (nyeri, lingkungan bising, kecemasan, dll.) 3. Monitor jumlah jam tidur dan kualitas tidur Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (reduksi kebisingan, redupkan lampu, atur suhu ruangan) 5. Atur jadwal tidur dan istirahat secara konsisten 6. Batasi tidur siang berlebihan Edukasi 7. Anjurkan menghindari konsumsi kafein sebelum tidur 8. Edukasi pentingnya kebutuhan tidur yang cukup	gangguan tidur sehingga perlu diatasi secara spesifik. 3. Menilai efektivitas intervensi dan perkembangan kondisi klien. 4. Lingkungan yang nyaman merangsang produksi melatonin sehingga mempermudah proses tidur. 5. Konsistensi waktu tidur membantu mengatur ritme sirkadian tubuh. 6. Tidur siang terlalu lama dapat mengganggu siklus tidur malam hari. 7. Kafein bersifat stimulan yang dapat menghambat rasa kantuk. 8. Pemahaman klien meningkatkan kepatuhan terhadap intervensi.
--	---	---	---

E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.8 Implementasi dan Evaluasi keperawatan Keperawatan

Tgl/ Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
08/11/ 2025 Pukul 10:00	Nyeri Akut	1. Mengobservasi tanda-tanda vital klien 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengobservasi skala nyeri klien 4. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri akibat tekanan darah tinggi dengan pemberian jus mentimun 2 kali sehari selama 3 hari 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	S: Klien mengatakan sakit kepala bagian belakang dan merasa tegang pada leher bagian belakang O: -Klien tampak meringis -TD: 160/90 mmHg -S: 36,80C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit -Klien tampak kooperatif dan mengerti penjelasan untuk rutin meminum jus mentimun A: Nyeri akut P: Lanjutkan Intervensi - Kaji tingkat nyeri klien - Observasi tanda-tanda vital klien
	Defisit Pengetahuan	1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit 4. Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 5. Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 6. Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 7. Mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan	S: Klien mengatakan mulai paham tentang penyakit hipertensi O: Klien tampak mengikuti kegiatan dengan baik A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan Intervensi - Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit

		8. Mengajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan	
	Gangguan Pola Tidur	1. Mengidentifikasi pola dan kebiasaan tidur klien 2. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur 3. Memonitor jumlah jam tidur dan kualitas tidur 4. Memodifikasi lingkungan 5. Mengatur jadwal tidur dan istirahat secara konsisten 6. Membatasi tidur siang berlebihan 7. Menganjurkan menghindari konsumsi kafein sebelum tidur	S: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala O: Wajah klien tampak sayu A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan Intervensi - Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur - Membatasi tidur siang berlebihan
09/11/2025 Pukul 10:00	Nyeri Akut	1. Mengobservasi tanda-tanda vital klien 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengobservasi skala nyeri klien 4. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri akibat tekanan darah tinggi dengan pemberian jus mentimun 2 kali sehari selama 3 hari 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	S: Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang O: - TD: 150/80 mmHg - S: 36,40C - N: 84x/menit - RR: 20x/menit -Klien tampak kooperatif dan mengerti penjelasan untuk rutin meminum jus mentimun A: Nyeri akut P: Lanjutkan Intervensi - Kaji tingkat nyeri klien - Observasi tanda-tanda vital klien
	Defisit Pengetahuan	1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit	S: -Klien mengatakan mengerti dengan yang dijelaskan -Klien mengatakan paham tentang penyakit hipertensi O:

		4. Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 5. Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 6. Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 7. Mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 8. Mengajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan	Klien tampak mengikuti kegiatan dengan baik A: Defisit pengetahuan P: Lanjutkan Intervensi - Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit
	Gangguan Pola Tidur	1. Mengidentifikasi pola dan kebiasaan tidur klien 2. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur 3. Memonitor jumlah jam tidur dan kualitas tidur 4. Memodifikasi lingkungan 5. Mengatur jadwal tidur dan istirahat secara konsisten 6. Membatasi tidur siang berlebihan 7. Menganjurkan menghindari konsumsi kafein sebelum tidur	S: Klien mengatakan masih susah untuk tidur O: Wajah klien tampak sayu A: Gangguan pola tidur P: Lanjutkan Intervensi - Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur - Membatasi tidur siang berlebihan
10/11/2025 Pukul 10:00	Nyeri Akut	1. Mengobservasi tanda-tanda vital klien 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 3. Mengobservasi skala nyeri klien 4. Memberikan terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri akibat tekanan darah tinggi dengan pemberian jus mentimun 2 kali sehari selama 3 hari 5. Menjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri	S: Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah sedikit berkurang DO: - TD: 130/80 mmHg - S: 36°C - N: 80x/menit - RR: 20x/menit -Klien tampak kooperatif dan mengerti penjelasan untuk rutin meminum jus mentimun A: Nyeri akut P: Lanjutkan Intervensi

			- Kaji tingkat nyeri klien - Observasi tanda-tanda vital klien
	Defisit Pengetahuan	1. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjelaskan penyebab dan faktor resiko penyakit 4. Menjelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit 5. Menjelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit 6. Menjelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi 7. Mengajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan 8. Mengajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan	S: - Klien mengatakan sudah paham dengan informasi yang diberikan O: Klien tampak kooperatif dan terlihat memahami tentang informasi yang diberikan A: Defisit pengetahuan P: Masalah teratasi
	Gangguan Pola Tidur	1. Mengidentifikasi pola dan kebiasaan tidur klien 2. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur 3. Memonitor jumlah jam tidur dan kualitas tidur 4. Memodifikasi lingkungan 5. Mengatur jadwal tidur dan istirahat secara konsisten 6. Membatasi tidur siang berlebihan 7. Menganjurkan menghindari konsumsi kafein sebelum tidur	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak lebih segar A: Gangguan pola tidur P: Masalah teratasi

F. Catatan Perkembangan

Tabel 3.9 Catatan Perkembangan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx	Evaluasi
	11/11/ 2025 Pukul 10:00	1	S: Klien mengatakan nyeri pada kepalanya mulai menurun, skala nyeri 3 dari 0-10 skala yang diberikan O: Pasien tampak lebih tenang - TD: 130/80 mmHg - S: 360C - N: 80x/menit - RR: 20x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi
	11/11/ 2025 Pukul 10:15	2	S: Klien sudah mengerti tentang penyakit yang dideritanya dan sudah paham tentang perawatan non farmakologi pemberian jus mentimun O: Pasien kooperatif, antusias dalam mendengarkan materi yang disampaikan dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan oleh mahasiswa A: Masalah teratasi P: Pertahankan kondisi
	11/11/ 2025 Pukul 10:30	3	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Wajah klien tampak lebih segar A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi