

BAB III

LAPORAN KELOLAN KASUS UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Nama : Ny. N

Usia : 65 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Agama

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

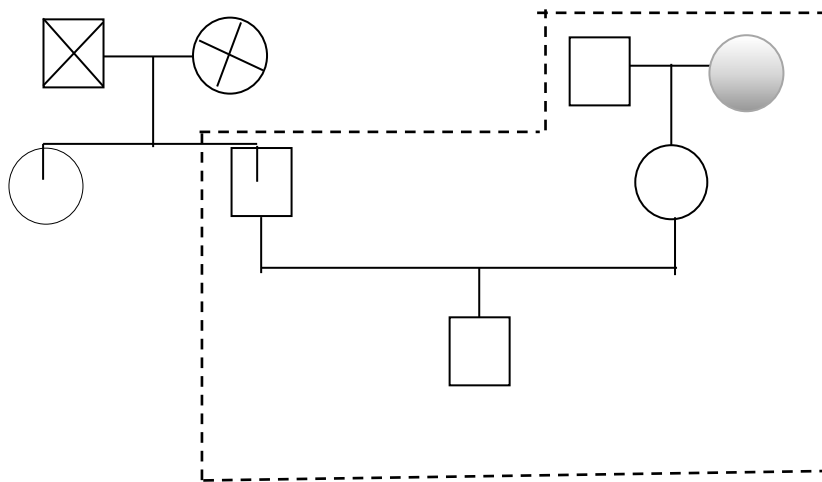
3. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi (tekanan darah tinggi), sering pusing, masuk angin, 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/Kultural

a. Pelaksanaan ibadah

Klien mengatakan rutin melakukan kegiatan ibadah

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 : 36,9°C

2) Nadi: 87x/menit

- 3) Tekanan darah: 160/90 mmHg
- 4) Pernafasan : 20x/menit
- 5) Tinggi Badan : 159 cm
- 6) Berat Badan : 60 kg

c. 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.

d. 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.

e. 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.

f. Sistem Perkemihan

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

g. Sistem Muskuloskeletal

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

h. Sistem Endokrin

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

i. Sistem Imun Hematologi

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

j. Sistem Gastrointestinal

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

k. Sistem Reproduksi

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

l. 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*) Modifikasi Dari Barthel Indeks

No	Item Yang Dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (Feeding)	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan memotong, mengoles mentega, dll 2= Mandiri	1
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	0
4	Berpakaian (Dressing)	0= Tergantung dengan orang lain 1= Sebagian dibantu (missal. mengancing baju) 2= Mandiri	1
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)	1
7	Penggunaan toilet	0= Tergantung bantuan orang lain 1= Membutuhkan bantuan orang lain 2= Mandiri	1
8	Transfer	0= Tidak mampu 1= Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2= Bantuan kecil (1 orang) 3= Mandiri	2
9	Mobilitas	0= Imobilitas (tidak mampu) 1= Menggunakan kursi roda 2= Berjalan dengan bantuan satu orang 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat)	2
10	Naik turun tangga	0= Tidak mampu 1= Membutuhkan bantuan (alat bantu)	0

		2= Mandiri	
--	--	------------	--

Interpretasi hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

Kesimpulan:

Skor klien yaitu 11, menunjukkan ADL Ketergantungan Sedang

14. Pengkajian Kognitif

a. Identifikasi tingkat intelektual dengan Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

Tabel 3.2 Short Portable 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 5, menunjukkan Kerusakan intelektual sedang

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

Tabel 3.3 MMSE

MMSE				
No	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Pertanyaan
1	Orientasi	5	1	(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?
2	Orientasi	5	4	Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) (desa) (nomor rumah)?

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	1	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali (93, 86, 79, 72, 65)
5	Mengingat	3	0	Meminta untuk mengulang ketiga objek diatas. Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
6	Bahasa	9	8	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 lalu lipat 2 dan taruh kembali dilantai” - Perintahkan pada klien untuk Tutup mata (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point) - Perintahkan pada klien untuk menulis

				satu kalimat dan menyalin gambar
	Total Nilai	30	17	

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 17, menunjukkan adanya 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. APGAR Keluarga

Tabel 3.4 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 8 (Tidak Ada Disfungsi Keluarga)

B.Prioritas Masalah (SKORING)

1. Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan kesulitan tidur

Tabel 3.5 Penskorings prioritas untuk gangguan pola tidur

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah: Aktual	2	$\frac{3}{3} \times 2 = 2$	Klien mengatakan kesulitan tidur dimalam hari.

2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	Klien mengatakan sudah cukup bisa mengurangi kesulitan tidur.
3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah Tinggi	1	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	Menurut klien besar kemungkinan pola tidur dapat di kurangi dampaknya
4.	Menonjolnya Masalah Segera diatasi	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Menurut keluarga klien pola tidur mendesak untuk segera di tangani
TOTAL			5,55	

2. intoleransi aktivitas

Tabel 3.6 Penskorng prioritas untuk intoleransi aktivitas

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah: Aktual	2	$\frac{3}{3} \times 2 = 2$	Klien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas karena lemas .
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: Mudah	1	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	Klien mengatakan sudah cukup bisa mengurangi kesulitan dalam beraktivitas
3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah Cukup	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Menurut klien kemungkinan intoleransi aktivitas dapat di kurangi dampaknya tersebut lumayan besar
4.	Menonjolnya Masalah Segera diatasi	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Menurut keluarga klien intoleransi aktivitas mendesak untuk segera di tangani

TOTAL	5,66	
-------	------	--

3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tabel 3.6 Penskoring prioritas untuk Nyeri akut

No	Kriteria	Bobot	Skor	Pembenaran
1.	Sifat Masalah: Aktual	2	$\frac{3}{3} \times 2 = 2$	Klien mengatakan kesulitan dalam melakukan berbagai beraktivitas karena efek nyeri yang di rasakan
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah: Sebagian	1	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	Klien mengatakan sudah cukup bisa mengurangi rasa nyeri dalam melakukan beraktivitas
3.	Potensial Masalah Untuk Dicegah Cukup	1	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	Menurut klien kemungkinan rasa nyeri dapat di kurangi dampaknya tersebut lumayan besar
4.	Menonjolnya Masalah Segera diatasi	2	$\frac{2}{2} \times 2 = 2$	Menurut keluarga klien rasa nyeri mendesak untuk segera di tangani
TOTAL			5,16	

C. Analisa Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi Hipertensi	Problem
1	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
2	DS : - Klien mengatakan pusing dan berkunang –kunang - Klien mengatakan kesulitan untuk beraktivitas - Nyeri seperti ditusuk-tusuk DO: - Wajah klien tampak pucat dan gelisah TTV: TD: 169/90 mmHg Suhu: 36 °C Nadi: 88x/menit RR: 20x/menit	Hipertensi ↓ Sulit konsentrasi ↓ kepala pusing dan berkunang-kunang ↓ Sulit beraktivitas ↓ Intoleransi aktivitas	Intoleransi aktivitas
3	DS: P:	Hipertensi ↓	Nyeri akut

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 : 169/90 mmHg Suhu: 36°C Nadi : 88x/menit RR : 20x/menit	Penyumbatan pembuluh darah ↓ Vasokonstriksi ↓ Gangguan sirkulasi pada otak ↓ Retensi pembuluh darah ke otak meningkat ↓ Nyeri kepala ↓ Nyeri akut	
---	---	--

D. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

a. Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan kesulitan tidur:

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

b. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan :

- Kepala pusing
- Pandangan berkunang-kunang
- nyeri seperti ditusuk-tusuk
- TD 169/90 mmHg

c. 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 6 dari skala 0-10

T: Nyeri dirasakan hilang timbul, klien tampak memegang kepala bagian belakang, klien tampak meringis, TD: 169/90 mmHg, Nadi: 88x/menit.

E. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

No Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 14x kunjungan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur	SIKI: Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi pola dan kebiasaan tidur klien . 2. Identifikasi faktor yang mengganggu	1. Mengetahui pola tidur dasar klien 2. Faktor internal dan eksternal merupakan penyebab utama gangguan tidur sehingga perlu diatasi secara spesifik.

	meningkat 2. Keluhan tidak puas tidur meningkat 3. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat	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	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.
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 14x kunjungan diharapkan Intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Jarak berjalan meningkat 3. Toleransi dalam	SIKI : Terapi aktivitas Observasi 1. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. 2. Monitor respon emosional, fisik, Sosial dan spritual terhadap aktivitas. Terapeutik	1. Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. 2. Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. 3. Untuk menyepakati komitmen untuk

	menaiki tangga meningkat 4. Dispnea setelah aktivitas 5. Aritmia setelah aktivitas Tekanan darah membaik	3. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. 4. Fasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot 5. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari Edukasi: 6. Anjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.	meningkatkan frekuensi dan rentang. 4. Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot 5. Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 6. Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
3	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 14x kunjungan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun Meringis menurun 2. Gelisah menurun 3. Frekuensi nadi pasien membaik 4. 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 (Rendam kaki air hangat 2 kali sehari pagi dan sore) 5. Fasilitasi istirahat	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. Rendam kaki air hangat mengandung

		dan tidur Edukasi: 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis (rendam kaki air hangat 2 kali sehari pagi dan sore) Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	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
--	--	--	--

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 2.3 Implementasi Keperawatan

Tgl/ Jam	No. Dx	Evaluasi Proses
10/09/ 2025 Pukul 10:00	1	DS: Klien mengatakan susah tidur dan tidurnya tidak nyenyak misalnya sering terbangun tiba-tiba. DO: -Klien tampak lemes dan ngantukan.

		-TD: 169/90 mmHg -S: 36,80°C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit
	1	DS: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala. DO: Wajah klien tampak sayu dan pucat.
	2	DS: Klien mengatakan susah untuk beraktifitas karena merasa lemes. DO: - Wajah klien tampak pucat dan gelisah. TD: 150/90 mmHg -S: 36,80C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit
	3	DS: -Klien mengatakan nyeri dibagian kepala belakang P:Klien mengatakan sakit kepala belakang dan merasa tegang pada bagian leher belakang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Nyeri dirasakan pada kepala bagian belakang S: Skala nyeri 5 T:Nyeri dirasakan hilang timbul DO: -Klien tampak meringis

11/09/ 2025 Pukul 10:00	1	DS: Klien mengatakan susah tidur dan tidurnya tidak nyenyak misalnya sering terbangun tiba-tiba. DO: -Klien tampak lemes dan ngantukan. -TD: 169/90 mmHg -S: 36,80°C -N: 88x/menit - -RR: 20x/menit
	1	DS: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala. DO: Wajah klien tampak sayu dan pucat.
	2	DS: Klien mengatakan masih susah untuk beraktifitas DO: - Wajah klien tampak pucat dan gelisah. TD: 150/90 mmHg -S: 36,80C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit
	3	DS: Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang DO: - TD: 150/80 mmHg - S: 36,40°C - N: 84x/menit RR: 20x/menit

	3	DS: P:Klien mengatakan sakit kepala pada bagian belakang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Nyeri pada bagian kepala belakang S: Skala nyeri 4 dari (0-10) skala yang diberikan T: Nyeri dirasakan hilang timbul DO: Klien tampak sedikit meringis TD: 150/90 mmHg -S: 36,80C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit
12/09/2025 Pukul 10:00	1	DS: Klien mengatakan susah tidur dan tidurnya tidak nyenyak misalnya sering terbangun tiba-tiba. DO: -Klien tampak lemes dan cepat merasa ngantuk. -TD: 169/90 mmHg -S: 36,80°C -N: 88x/menit -RR: 20x/menit
	1	DS: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala. DO: - Wajah klien tampak sayu dan pucat.

	2	DS: Klien mengatakan keluhan susah beraktivitas dan pusing sudah berkurang DO: Klien tampak lemas dan lesu - TD: 130/80 mmHg - S: 36,30°C - N: 80x/menit - RR: 20x/menit
	3	DS: Klien mengatakan nyeri kepalanya sudah sedikit berkurang DO: - TD: 130/80 mmHg - S: 36,30°C - N: 80x/menit - RR: 20x/menit
	3	DS:- P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul DO: Klien tampak lebih tenang - TD: 130/80 mmHg - S: 36,30°C - N: 80x/menit - RR: 20x/menit

G. Evaluasi Keperawatan

Hari ke 1 (10/09/2025 Rabu)

Tabel 3. 9 Evaluasi Keperawatan hari pertama

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
1	Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan	S: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala O: Wajah klien tampak sayu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan • Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien • Memberikan tentang tidur yang adekuat kepada klien • Mengurangi gangguan saat tidur dan supaya klien nyaman • Supaya klien tahu teknik tidur yang baik
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: - Klien mengatakan pusing dan berkunang –kunang - Klien mengatakan kesulitan untuk beraktivitas - Nyeri seperti ditusuk-tusuk O: - Wajah klien tampak pucat dan gelisah A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan

		spiritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Mengajukan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan sakit kepala pada bagian belakang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Nyeri pada bagian kepala belakang-S: Skala nyeri 4 dari (0-10) skala yang diberikan T:Nyeri dirasakan hilang timbul O: Klien tampak sedikit meringis A: Masalah teratasi P: Intervensi dilanjutkan • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

Hari ke 2 (11/09/2025 Kamis)

Tabel 3. 10 Evaluasi Keperawatan hari 2

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
1	Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan	S: Klien mengatakan susah tidur karena pusing dan sakit kepala D: Wajah klien tampak sayu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan • Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien • Memberikan tentang tidur yang adekuat kepada klien • Mengurangi gangguan saat tidur dan supaya klien nyaman • Supaya klien tahu teknik tidur yang baik
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah beraktivitas dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak lemas dan lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari

		• Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan sakit kepala pada bagian belakang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Nyeri pada bagian kepala belakang-S: Skala nyeri 4 dari (0-10) skala yang diberikan T:Nyeri dirasakan hilang timbul O: Klien tampak sedikit meringis A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

Hari ke 3 (12/09/2025 Jumat)

Tabel 3. 11 Evaluasi Keperawatan hari 3

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
--------	----------	----------

1	Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan • Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien • Memberikan tentang tidur yang adekuat kepada klien • Mengurangi gangguan saat tidur dan supaya klien nyaman • Supaya klien tahu teknik tidur yang baik
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah beraktivitas dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak lemas dan lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.

3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
---	---	---

Hari ke 4 (13/09/2025 Sabtu)

Tabel 3.12 Evaluasi Keperawatan hari 4

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
1	Gangguan pola tidur b.d tekanan	S:

	darah tinggi, ditandai dengan	Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan • Untuk mengetahui tanda-tanda vital klien • Memberikan tentang tidur yang adekuat kepada klien • Mengurangi gangguan saat tidur dan supaya klien nyaman • Supaya klien tahu teknik tidur yang baik
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah beraktivitas dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak lemas dan lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.
3	Nyeri Akut	:

	berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	---

Hari ke 5 (14/09/2025 Minggu)

Tabel 3. 13 Evaluasi Keperawatan hari 5

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
1	Gangguan pola tidur b.d tekanan darah tinggi, ditandai dengan	S: mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu

		A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati kotmitmen untuk meningkatkan ferkuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang

		A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	---

Hari ke 6 (15/09/2025 Senin)

Tabel 3. 14 Evaluasi Keperawatan hari 6

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spiritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang.

		• Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

Hari ke 7 (16/09/2025 Selasa)

Tabel 3. 15 Evaluasi Keperawatan hari 7

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3

		T: Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	--

Hari ke 8 (17/09/2025 Rabu)

Tabel 3. 16 Evaluasi Keperawatan hari 8

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan

		spiritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Mengajukan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang

--	--	--

Hari ke 9 (18/09/2025 Kamis)

Tabel 3. 17 Evaluasi Keperawatan hari 9

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Klien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Lanjutkan Intervensi • Untuk mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu. • Untuk memonitor respon emosional, fisik, sosial dan spritual terhadap aktivitas. • Untuk menyepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang. • Untuk memfasilitasi aktifitas motorik untuk merelaksasikan otot • Untuk menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari • Untuk Menganjurkan melakukan aktifitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3

		T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hanagt mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblok lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	--

Hari ke 10 (19/09/2025 Jumat)

Tabel 3.18 Evaluasi Keperawatan hari 10

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
2	Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan	S: Klien mengatakan keluhan susah tidur dan pusing sudah berkurang O: Kilien tampak sudah tidak lesu A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan

3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
---	--	--

Hari ke 11 (20/09/2025 Sabtu)

Tabel 3. 19 Evaluasi Keperawatan hari 11

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
3	Nyeri Akut berhubungan	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit

	dengan agen pencedera fisiologis	berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	----------------------------------	---

Hari ke 12 (20/09/2025 Minggu)

Tabel 3. 20 Evaluasi Keperawatan hari 12

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk

		R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	---

Hari ke 13 (20/09/2025 Senin)

Tabel 3. 21 Evaluasi Keperawatan hari 13

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3

		T:Nyeri dirasakan hilang timbul D: Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P:Lanjutkan Intervensi • Mengetahui tingkat nyeri yang dialami dan menentukan intervensi yang akan diberikan • Skala nyeri menggambarkan nilai nyeri yang dirasakan sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat diberikan kepada klien • Rendam kaki air hangat mengandung kalium yang memiliki efek pada regulasi sehingga dapat menurunkan tekanan darah tinggi • Lingkungan yang tenang dapat menurunkan stimulus nyeri • Terapi non farmakologi penting untuk diedukasikan sehingga dapat diterapkan secara mandiri di rumah • Analgetik membantu memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri berkurang
--	--	--

Hari ke 14 (20/09/2025 Senin)

Tabel 3. 22 Evaluasi Keperawatan hari 14

No. Dx	Diagnosa	Evaluasi
3	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	S: P:Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakangnya sudah sedikit berkurang Q:Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R:Klien mengatakan nyeri pada bagian kepala bagian belakang S: Skala nyeri 3 T:Nyeri dirasakan hilang timbul D:

		Klien tampak lebih tenang A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi
--	--	---

BAB IV PEMBAHASAN

Bab 4 ini akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.N dengan gangguan pola tidur pada penderita hipertensi di Desa Meruek Lamreudeup, Kecamatan Baitussalam, Kabupaten Aceh Besar, dilaksanakan mulai tanggal 10-14 September 2025. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Data pengkajian pada Ny. N didapatkan dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 10 September 2025 pada Ny.N dengan didapatkan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan 3 diagnosa berdasarkan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), sebagai berikut :

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

- pusing dibagian kepala belakang
- susah tidur
- nyeri seperti ditusuk-tusuk
- TD 169/90 mmHg

2. . Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan