

# **LAMPIRAN**

## **PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORMED CONCENT)**

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian serta informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat studi kasus, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia untuk ikut serta atau berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus yang akan dilakukan oleh:

Nama : Ardi Ro'si Yoga Kusuma

NIM : 41121241030

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Lansia dengan Hipertensi dan Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif di Desa Jeruklegi Wetan Kecamatan Jeruklegi

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama (initial) :

Alamat :

Jenis Kelamin :

Usia :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari siapapun.

Cilacap, 24 Desember 2024

( )

## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**

### **TERAPI RELAKSASI OTOT PROGRESIF**

<b>Pengertian</b>	Relaksasi otot progresif merupakan teknik sistematis untuk mencapai keadaan relaksasi dimana metode yang ditetapkan melalui metode progresif dengan tahap berkesinambungan.
<b>Tujuan</b>	Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolik.
<b>Kebijakan</b>	Dilakukan pada klien Lansia dengan Hipertensi
<b>Persiapan</b>	Ruangan/tempat yang nyaman
<b>Alat</b>	a. Tensimeter b. Stetoskop c. Lembar pencatatan hasil observasi
<b>Prosedur</b>	
<b>PRA INTERAKSI</b>	
Mencuci tangan	
<b>INTERAKSI</b>	
<b>Orientasi</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Memberi salam sesuai waktu</li><li>Validasi kondisi klien saat ini</li><li>Menyampaikan tujuan dan kontrak waktu kegiatan</li></ol>
<b>Kerja</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Gerakan 1 ditujukan untuk melatih otot tangan. Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan. Kemudian buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan, rasakan relaksasi selama 10 detik. Lakukan gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami. Kemudian lakukan gerakan yang sama pada tangan kanan.</li><li>Gerakan 2 ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang. Luruskan lengan kemudian tumpukan pergelangan tangan. Tarik telapak tangan hingga menghadap ke depan. Lakukan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat tangan di relaksan bayangkan bahwa ketegangan dan nyeri yang berada dalam tubuh mulai rileks dan mengalir pergi.</li><li>Gerakan 3 ditujukan untuk melatih otot biseps dan triseps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan). Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan. Kemudian membawa kedua kapalan ke pundak sehingga otot biseps akan menjadi tegang. Kencangkan otot triseps dengan memperpanjang lengan dan mengunci siku. Tahan dan kemudian rilekskan. Lakukan gerakan serupa sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat otot dirilekskan rasakan sensasi rileks dan bayangkan bahwa nyeri mengalir pergi</li><li>Gerakan 4 ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur. Mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga</li></ol>

menyentuh kedua telinga. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, leher dan punggung atas. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat bahu kembali kekeadaan semula bayangkan nyeri dan ketegangan mengalir pergi dan rasakan rileks pada area bahu, leher dan punggung atas.

- e. Gerakan 5 ditujukan untuk melemaskan otot dahi.

Menggerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa kulitnya keriput. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat dahi dan alis kembali kekeadaan semula bayangkan otot-otot dahi dan alis merasakan rileks dan ketegangan serta nyeri mengalir pergi.

- f. Gerakan 6 ditujukan untuk melemaskan otot mata.

Tutup rapat dan keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat mata di buka bayangkan otot-otot mata merasakan rileks dan ketegangan serta nyeri mengalir pergi.

- g. Gerakan 7 ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang.

Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan di sekitar otot rahang. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik. Saat gigi kembali kekeadaan semula bayangkan ketegangan pada rahang merasakan rileks dan nyeri mengalir pergi.

- h. Gerakan 8 ditujukan untuk mengendurkan otot-otot di sekitar mulut.

Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut. Saat bibir kembali kekeadaan semula rasakan rileksnya dari ketegangan dan bayangkan ketegangan serta nyeri mengalir pergi. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

- i. Gerakan 9 ditujukan untuk merilekskan otot leher bagian depan maupun belakang.

Gerakan ini diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan. Lalu letakkan kepala sehingga dapat beristirahat. Kemudian tekan kepala pada permukaan bantalans kursi sedemikian rupa sehingga dapat merasakan ketegangan di bagian belakang leher dan punggung atas. Saat kepala akan kembali kekeadaan semula rasakan ketegangan pada otot leher bagian belakang menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

- j. Gerakan 10 ditujukan untuk melatih otot leher bagian depan.

Gerakan membawa kepala ke muka. Kemudian benamkan dagu ke dada, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka. Saat kepala akan kembali kekeadaan semula rasakan ketegangan pada otot leher bagian depan menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

- k. Gerakan 11 yaitu ditujukan untuk melatih otot punggung.

Angkat tubuh dari sandaran kursi. Punggung dilengkungkan. Busungkan

dada, tahan kondisi tegang selama 10 detik, kemudian relaks. Saat relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi sambil membiarkan otot menjadi lurus. Saat tubuh akan kembali kekeadaan semula rasakan ketegangan pada otot punggung menjadi lebih rileks dan bayangkan nyeri mengalir pergi dan tubuh akan menjadi semakin rileks. Lakukan gerakan sebanyak 2 kali dalam hitungan 10 detik.

1. Gerakan 12 yaitu ditujukan untuk melemaskan otot dada.  
Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak banyaknya. Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas. Saat tegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega. Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks. Saat menghembuskan nafas bayangkan ketegangan serta nyeri di tubuh mengalir pergi.
- m. Gerakan 13 yaitu ditujukan untuk melatih otot perut.  
Tarik dengan kuat perut kedalam. Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas. Ulangi kembali seperti gerakan awal untuk perut.
- n. Gerakan 14 sampai 15 yaitu ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).  
Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang. Kemudian lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke betis. Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu lepas. Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

#### **Evaluasi**

- a. Melakukan pengukuran tekanan darah sesudah dilakukan teknik relaksasi otot progresif
  - b. Mencuci tangan
  - c. Mendokumentasikan hasil tindakan
-

**LEMBAR OBSERVASI**  
**TEKANAN DARAH DAN SKALA NYERI**

No	Nama	Tanggal	TD Pre Relaksasi (mmHg)	Skala Nyeri Pre Relaksasi	TD Post Relaksasi (mmHg)	Skala Nyeri Post Relaksasi
1	Tn. S	24-12-2024	160/90	4	150/90	3
2	Tn. S	25-12-2024	150/90	3	150/90	2
3	Tn. S	26-12-2024	150/90	2	140/90	1

**Asuhan Keperawatan pada Pasien Lansia dengan Hipertensi dan Penerapan  
Teknik Relaksasi Otot Progresif di Desa Jeruklegi Wetan  
Kecamatan Jeruklegi**

**A. Pengkajian**

1. Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. S berusia 65 tahun, beragama islam, pasien sudah menikah, pendidikan terakhir pasien SMA, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa jawa dan bahasa indonesia. Pasien sebagai kepala rumah tangga. Pasien bekerja sebagai wiraswasta. Pasien tinggal bersama istrinya.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan mudah lelah jika beraktivitas, kadang merasa sesak nafas setelah beraktivitas, berdebar-debar, akral dingin, kulit terlihat pucat.

Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pasien mengatakan mudah lelah jika beraktivitas, kadang merasa sesak nafas setelah beraktivitas, berdebar-debar, akral dingin, kulit terlihat pucat.

Pasien juga mengatakan saat ini mengeluhkan pusing atau nyeri kepala, sulit tidur karena nyeri kepala yang sering kambuh.

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ibunya juga memiliki riwayat hipertensi

3. Status Fisiologis

a. Tanda-tanda vital dan status gizi :

- 1) Suhu : 36,6°C
- 2) Tekanan Darah : 160/90 mmHg
- 3) Nadi : 104 ×/menit
- 4) Respirasi : 20 ×/menit
- 5) Berat Badan : 55 kg
- 6) Tinggi badan : 160 cm

4. Perubahan Terkait Proses Menua (Fungsi Fisiologis) :

a. Kondisi Umum

Pasien mengatakan mudah lelah jika beraktivitas, kadang merasa sesak nafas setelah beraktivitas, berdebar-debar, akral dingin, kulit terlihat pucat. Pasien merasa sering nyeri kepala akibat dari peningkatan tekanan darahnya, pasien mengatakan kalau tidur malam tidak nyenyak karena nyeri pada kepalanya.

b. Integumen

Kulit terlihat pucat, akral dingin, pasien mengalami perubahan kukunya menjadi tebal, lebih gelap dan perubahan kulitnya menjadi keriput dan kering. Suhu tubuh klien 36,6°C.

c. *Hematopoetic*

Pada pemeriksaan hematopoetic tidak ada perdarahan/memar pada abdomen, tidak ada pembengkakan kelenjar limfa, dan pasien tidak anemia. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat transfusi darah.

d. Kepala

Kepala pasien bentuk simetris, kulit kepala tampak bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka atau lesi. Rambut bersih dan dominan

berwarna putih, rambut pendek dan kadang rontok sedikit. Pasien mengatakan sakit kepala, seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 dan tidak ada gatal pada kulit kepala.

e. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak menggunakan kacamata, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus, terjadi perubahan penglihatan pasien kurang jelas melihat tulisan jarak dekat, tidak terjadi gatal di area mata, tidak terjadi Bengkak sekitar mata, pasien mengatakan tidak bisa membaca tulisan kecil-kecil, tidak foto pobia, tidak terjadi nyeri pada area mata.

f. Telinga

Pada pasien kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar. Pasien mengatakan ketika dipanggil orang dapat mendengar dengan jelas.

g. Hidung dan Sinus

Pada pasien bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat perdarahan, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu. hidung tidak terjadi rinorea (pilek), tidak mengalami epistaksis, tidak terjadi penyepitan pada pernafasan. tidak mendengkur, tidak terjadi nyeri pada hidung, dan tidak memiliki alergi.

h. Mulut dan Tenggorokan

Pada pasien kebersihan mulut baik, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan, ditemukan membrane mukosa kering, tidak ada lesi,

tidak ada gigi palsu, tidak terdapat alat protesa, tidak ada riwayat infeksi dan tidak terjadi perubahan suara pada pasien. Pasien mengatakan menggosok giginya setiap hari secara rutin dan tidak ada masalah dalam kebiasaan membersihkan giginya.

i. Leher

Pada pasien tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis, terjadi kekakuan tetapi tidak mengalami keterbatasan gerak dan tidak terdapat benjolan.

j. Dada

Pada pasien bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing atau suara napas tambahan lainnya, tidak ada lesi ataupun jejas pada dada.

k. Pernapasan

Pasien saat ini tidak batuk, tidak sesak dan tidak ada sputum. Pasien kadang merasa sesak nafas jika setelah beraktifitas. Tidak terjadi haemoptisis (batuk berdarah), tidak terjadi mengi dan tidak memiliki asma/alergi pada pernafasan. Tingkat pernafasan klien 20x/menit.

l. Kardiovaskuler

Pasien tidak terjadi ortopnea (bernafas tidak nyaman saat berbaring), tidak terjadi perubahan warna pada kaki, tidak terjadi varises, dan tidak terjadi kesemutan. Pada sistem kardiovaskuler tidak terjadi nyeri pada dada, tidak mengalami edema. Pasien kadang merasa berdebar-debar. Pada sistem kardiovaskuler tidak terdapat bunyi jantung tambahan. Tekanan darah pasien 160/90 mmHg dan Nadi pasien 104 x/menit.

m. Gastro Intestinal

Pasien tidak mengalami nyeri ulu hati, tidak terjadi mual/muntah, tidak terjadi Hematemesis (muntah darah), tidak mengalami diare, tidak mengalami konstipasi, tidak terjadi melena, tidak mengalami Hemoroid (wasir), tidak mengalami perdarahan rectum dan tidak mengalami perubahan nafsu makan, Pada pasien bentuk perut normal, tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12x/menit, tidak ada massa.

n. Perkemihan

Pada sistem perkemihan pasien mengatakan BAK 4-5 kali dalam sehari, tidak ada nyeri saat BAK dan tidak ada perdarahan.

o. Genito Reproduksi Pria

Pada sistem genito reproduksi pria tidak ada lesi, pasien tidak memiliki penyakit kelamin, tidak terjadi infeksi, dan tidak ada hernia

p. Muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak ada nyeri sendi dan otot, pasien tidak terdapat fraktur, kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) bebas, keadaan umum baik, tidak ada edema, tidak ada tremor, rentang gerak bebas, reflek bisep +/+, reflek trisep +/+.

Kekuatan otot :

5555		5555
5555		5555

q. Persyarafan

GCS : E4 V5 M6. Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari

dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

Pengkajian nyeri :

P : nyeri kepala jika kurang istirahat dan kelelahan

Q : seperti tertusuk-tusuk

R : kepala dan leher belakang

S : skala 4

T : hilang timbul (5-10 menit)

## 5. Pengkajian *Negative Functional Consequences*

### a. Kemampuan ADL (*Activity Daily Living*)

**Tabel Barthel Indeks**

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : nasi, sayur, lauk
2	Minum	5	10	Frekuensi : 8-10 gelas/hari Jumlah : 1600-2000cc/hari Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (mencuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	

10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi : 1-2x/hr Konsistensi : lembek
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi : 4-5x/hr Warna : jernih
12	Olahraga / latihan	5	10	Frekuensi : 1x/hr Jenis : jalan kaki
13	Rekreasi / pemanfaatan waktu luang	5	10	Frekuensi : 1x/hr Jenis : mengurus ternak

Interpretasi hasil :

Pada pasien didapatkan total kemampuan ADL yaitu 130 dan termasuk dalam kategori mandiri.

#### b. Aspek Kognitif

**Tabel MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Pasien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar Tahun : 2024 Hari : Selasa Bulan : Desember Tanggal : 24 Musim : Penghujan
2	Orientasi	5	5	Dimana kita berada ? Negara : Indonesia Propinsi : Jawa Tengah Kabupaten : Cilacap Kecamatan : Jeruklegi Desa : Jeruklegi Wetan
3	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek (misal : kursi, meja, kertas), kemudian ditanyakan kepada pasien, menjawab : Kursi, Meja, Kertas
4	Perhatian dan kalkulasi	5	2	Meminta pasien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat. Jawaban : 93, 86, 79, 72, 65
5	Mengingat	3	3	Minta pasien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke-3 (tiap poin nilai 1)
6	Bahasa	9	7	Tunjukkan pada pasien suatu benda dan tanyakan namanya pada pasien. • (misal jam tangan)

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• (misal pensil)</li> </ul> <p>Minta pasien untuk mengulang kata berikut : tak ada, jika, dan tetapi". Bila benar, nilai satu point.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertanyaan benar 2 buah : tak ada, tetapi.</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah :</p> <p>"ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai".</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambil kertas di tangan anda</li> <li>• Lipat dua</li> <li>• Taruh di lantai</li> </ul> <p>Perintahkan kepada klien untuk membaca tulisan dan mengikuti perintah hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah, nilai 1 point).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Tutup mata Anda"</li> </ul> <p>Perintahkan kepada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulis satu kalimat</li> <li>• Menyalin gambar</li> </ul>
	Total nilai	30	25	Aspek kognitif dan fungsi mental baik

Interpretasi hasil :

Total MMSE pada pasien didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 25 dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga termasuk dalam kategori aspek kognitif dan fungsi mental baik.

#### c. Tingkat Kerusakan Intelektual

**Tabel SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questioner*)**

Benar	Salah		Nomor	Pertanyaan
✓			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 presiden Indonesia ?
✓			8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?
✓			9	Siapa nama ibu anda ?

	✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun
--	---	--	----	--

Intrepretasi hasil :

Pada pasien didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 9 pertanyaan dengan baik, didapatkan jawaban yang salah 1 yang artinya pasien memiliki fungsi intelektual utuh.

## 2. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

Hubungan pasien dengan keluarga sangat baik. Hubungan pasien dengan tetangga juga baik. Kebiasaan pasien selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Pada pasien didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil, pasien selalu melakukan aktivitas ibadah atau sholat di mushola.

## 3. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada pasien ditemukan data bahwa pasien mengeluh nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke belakang tengkuk leher, nyeri dirasakan jika kurang istirahat dan kelelahan, nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul dengan skala nyeri 5 selama 5-10 menit. Pasien makan 3x/hari dengan porsi habis. Pasien minum  $\pm$  1600 - 2000 cc/hari. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri kepala yang sering kambuh. Frekuensi BAB sekitar 1-2 kali BAB dan konsistensi feses lunak. Frekuensi BAK sekitar 4-5 kali sehari. Pasien mampu melakukan toileting secara mandiri dan tidak ada gangguan saat BAK ataupun BAB. Pasien mandi 2x/hari dengan mandiri, memakai, minyak kayu putih, dan ganti baju.

#### 4. Analisa Data

No	Data Fokus	Problem	Etiologi
1.	<p>DS : Pasien mengatakan mudah lelah jika beraktivitas, kadang merasa sesak nafas setelah beraktivitas, berdebar-debar</p> <p>DO : Kulit terlihat pucat, akral dingin</p> <p>TD : 160/90 mmHg</p> <p>N : 104 x/mnt</p> <p>RR : 20 x/mnt</p> <p>S : 36,6°C</p>	Risiko perfusi miokard tidak efektif (SDKI D.0014)	Hipertensi
2.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang</p> <p>P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan</p> <p>Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : kepala sampai ke leher belakang</p> <p>S : skala 4</p> <p>T : hilang timbul (5-10 menit)</p> <p>DO : Pasien tampak meringis menahan nyeri, tampak seseleksi memijat dan memegangi kepalanya</p>	Nyeri Akut (SDKI D.0077)	Agen pencedera fisiologis
3.	<p>DS : Pasien mengatakan susah tidur dan kadang terbangun karena merasa nyeri kepala. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang</p> <p>DO: Pasien tampak lesu, mata sayu, dan sering menguap</p>	Gangguan Pola Tidur (SDKI D.0055)	Kurang kontrol tidur

#### B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko perfusi miokard tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi (SDKI D.0014)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI D.0055)

### C. Intervensi Keperawatan

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi (SDKI D.0014)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi miokard meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tekanan arteri rata-rata (mean arterial pressure/MAP) membaik 2. Takikardia membaik	<p><b>Perawatan Jantung Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah</li> <li>2. Monitor saturasi oksigen</li> <li>3. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman</li> <li>2. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</li> <li>3. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat</li> <li>4. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> <li>2. Anjurkan berhenti merokok</li> </ul>
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	<p><b>Manajemen nyeri Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
3.	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI D.0055)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> </ul>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan untuk menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>2. Anjurkan untuk menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>3. Ajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologis lainnya</li> </ul>

#### **D. Implementasi Keperawatan**

No	Hari/Tanggal	Dx. Kep	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
1	Selasa, 24 Desember 2024	1  1, 2, 3	1. Memposisikan pasien nyaman  2. Mengkaji tanda-tanda vital	S : Pasien mengatakan sudah duduk dengan nyaman O : Pasien terlihat duduk dengan nyaman S : - O : TD : 160/90 mmHg N : 104 x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36,6°C	Ardi Ardi
		1	3. Mengukur saturasi oksigen	S : - O : SpO2 : 97 %	Ardi
		2	4. Melakukan pengkajian nyeri secara berkala	S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : kepala sampai ke leher belakang S : skala 4 T : hilang timbul (5-10 menit)	Ardi
		2	5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	O : Pasien tampak meringis menahan nyeri, tampak sesekali memijat dan memegangi kepalanya S : - O : Pasien tampak meringis menahan nyeri dan memegangi kepalanya	Ardi
		3	6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien	S : Pasien mengatakan susah tidur dan kadang terbangun karena merasa nyeri kepala. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang	Ardi
		3	7. Mengidentifikasi faktor yang mengganggu tidur	O : Pasien tampak lesu, mata sayu, dan sering menguap S : Pasien mengatakan merasa nyeri pada kepala yang menjalar ke leher belakang O : -	Ardi

		1, 2, 3	8. Mengajarkan pasien teknik relaksasi otot progresif untuk memberikan rasa nyaman dan rileks  9. Mengajarkan diet jantung yang sesuai dengan membatasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak  10. Menganjurkan pasien untuk beraktivitas sesuai toleransi  11. Menganjurkan pasien untuk tidak merokok  12. Menjelaskan pentingnya tidur yang cukup  13. Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur  14. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif secara rutin	S : Pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri kepala sedikit berkurang  O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks, akral lebih hangat  S : Pasien mengatakan akan membatasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak  O : -  S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya  O : -  S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya  O : -  S : Pasien mengatakan mengerti tentang pentingnya tidur  O : -  S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya  O : -  S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya  O : -	Ardi
2	Rabu, 25 Desember 2024	1	1. Memposisikan pasien nyaman  2. Mengkaji tanda-tanda vital	S : Pasien mengatakan sudah duduk dengan nyaman  O : Pasien terlihat duduk dengan nyaman  S : -  O : TD: 150/90 mmHg N : 102 x/mnt RR: 18 x/mnt S: 36°C	Ardi
		1, 2, 3	3. Mengukur saturasi oksigen  4. Melakukan pengkajian nyeri secara berkala	S : -  O : SpO2 : 98 %  S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang sedikit berkurang	Ardi
		1			Ardi
		2			Ardi

				<p>P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan      Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk      R : kepala sampai ke leher belakang      S : skala 3      T : hilang timbul (3-5 menit)      O : Pasien tampak meringis menahan nyeri      S : -      O : Pasien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>S : Pasien mengatakan susah tidur berkurang      Pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih 6 jam dan tidak sering terbangun      O : -      S : Pasien mengatakan merasa masih nyeri pada kepala yang menjalar ke leher belakang      O : -      S : Pasien dapat memperagakan teknik relaksasi dengan baik dan pasien tampak rileks      O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks, akral hangat      S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya      O : -      S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya      O : -</p>	Ardi
3	Kamis, 26 Desember 2024	1	1.	<p>1. Memosisikan pasien nyaman      2. Mengkaji tanda-tanda vital</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah duduk dengan nyaman      O : Pasien terlihat duduk dengan nyaman      S : -      O : TD: 150/90 mmHg      N : 100 x/mnt      RR: 16 x/mnt      S: 36°C</p>	Ardi
		1, 2, 3	1	3. Mengukur saturasi oksigen	Ardi

		2	4. Melakukan pengkajian nyeri secara berkala	S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang berkurang P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk R : kepala sampai ke leher belakang S : skala 2 T : hilang timbul (1-2 menit) O : Pasien tampak sudah tidak meringis menahan nyeri	Ardi
		2	5. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	S : - O : Pasien tampak sudah tidak meringis menahan nyeri	Ardi
		3	6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien	S : Pasien mengatakan semalam bisa tidur lebih awal Pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih 7 jam dan tidak sering terbangun O : Pasien tampak lebih segar dan tidak sering menguap	Ardi
		1, 2, 3	7. Melakukan teknik relaksasi otot progresif kepada pasien untuk memberikan rasa nyaman	S : Pasien dapat memperagakan teknik relaksasi dengan baik dan pasien tampak rileks O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks, akral hangat, kulit tidak pucat, dada tidak berdebar-debar	Ardi
		1, 2, 3	8. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi otot progresif secara rutin	S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya O : -	Ardi
		1	9. Menganjurkan pasien untuk beraktivitas sesuai toleransi	S : Pasien mengatakan bersedia melakukannya O : -	Ardi

## E. Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Selasa, 24 Desember 2024	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi (SDKI D.0014)	<p>S : Pasien mengatakan lebih nyaman setelah beraktivitas            Pasien mengatakan berdebar-debar sedikit berkurang</p> <p>O : Akral dingin berkurang            TD: 150/90 mmHg            N : 102 x/mnt            RR: 18 x/mnt            S: 36°C</p> <p>A : Masalah risiko perfusi miokard belum teratasi            P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Posisikan pasien nyaman</li> <li>3. Berikan terapi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ol>	Ardi
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang sedikit berkurang            P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan            Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk            R : kepala sampai ke leher belakang            S : skala 3            T : hilang timbul (5-10 menit)</p> <p>O : Pasien tampak meringis menahan nyeri            A : Masalah nyeri akut belum teratasi            P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	Ardi

		Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI D.0055)	<p>S : Pasien mengatakan susah tidur dan kadang terbangun karena merasa nyeri kepala.      Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam dalam sehari dan jarang tidur siang.      Pasien mengatakan sudah mengerti pentingnya tidur yang cukup.      Pasien mengatakan akan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur.</p> <p>O : Pasien tampak lesu, mata sayu, dan sering menguap.      A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi      P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Ajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>	Ardi
2.	Rabu, 25 Desember 2024	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi (SDKI D.0014)	<p>S : Pasien mengatakan lebih nyaman setelah beraktivitas      Pasien mengatakan berdebar-debar berkurang</p> <p>O : Akral dingin berkurang      TD: 150/90 mmHg      N : 100 x/mnt      RR: 18 x/mnt      S: 36°C</p> <p>A : Masalah risiko perfusi miokard belum teratasi      P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Posisikan pasien nyaman</li> <li>3. Berikan terapi relaksasi</li> <li>4. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</li> </ol>	Ardi
		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala yang menjalar sampai ke leher belakang berkurang</p> <p>P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan      Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk      R : kepala sampai ke leher belakang</p>	Ardi

			<p>S : skala 2  T : hilang timbul (3-5 menit)  O : Pasien tampak meringis menahan nyeri berkurang  Pasien tampak tidak lagi memijat dan memegangi kepalanya  A : Masalah nyeri akut belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	
		Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI D.0055)	<p>S : Pasien mengatakan susah tidur berkurang  Pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih 6 jam dan tidak sering terbangun  O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks  A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Ajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol>	Ardi
3.	Kamis, 26 Desember 2024	Risiko perfusi miokard tidak efektif d.d hipertensi (SDKI D.0014)	<p>S : Pasien mengatakan lebih nyaman setelah beraktivitas  Pasien mengatakan tidak berdebar-debar  Pasien mengatakan tidak sesak nafas setelah beraktivitas  O : Akral hangat, kulit sudah tidak pucat  TD: 140/90 mmHg  N : 96 x/mnt  RR: 18 x/mnt  S: 36°C  A : Masalah risiko perfusi miokard teratasi  P : Hentikan intervensi</p>	Ardi

		Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI D.0077)	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala tetapi masih sedikit nyeri di leher belakang</p> <p>P : nyeri jika kurang istirahat dan kelelahan</p> <p>Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R : nyeri di leher belakang</p> <p>S : skala 1</p> <p>T : hilang timbul (1-2 menit)</p> <p>O : Pasien sudah tidak tampak meringis menahan nyeri Pasien tampak lebih nyaman dan rileks</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratas</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Ardi
		Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI D.0055)	<p>S : Pasien mengatakan semalam bisa tidur lebih awal Pasien mengatakan semalam tidur kurang lebih 7 jam dan tidak sering terbangun</p> <p>O : Pasien tampak lebih nyaman dan rileks Pasien tampak tidak sering menguap</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur teratas</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Ardi