

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian yang di dapatkan pasien bernama Ny. E dengan umur 48 tahun, pasien beragama Islam dengan pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga, alamat rumah pasien di Desa Gandasari, Katapang. Pasien ditemani oleh Ny. F berusia 26 tahun selaku anaknya yang menjadi penanggung jawab pasien di rumah sakit.

Pada tanggal 11 April 2023 pada pukul 13.00 dilakukan pengkajian pada pasien Ny E, pasien datang ke rumah sakit pada tanggal 08 April 2023 dengan diagnosa medis Hipertensi + DM Tipe II, pasien mengatakan nyeri pada kepala sejak masuk rumah sakit, nyeri dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika bangun/berdiri dan dirasakan berkurang ketika beristirahat dengan posisi berbaring, nyeri terasa seperti berdenyut di daerah pelipis kanan menjalar sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10, nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul \pm 30 menit. Selain itu pasien juga mengeluh pusing, dan tidak nafsu makan karena mual.

Hasil pengkajian pada riwayat kesehatan dahulu dan keluarga didapatkan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 11 tahun yang lalu dan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, sebelumnya pasien pernah dirawat dengan diagnosa medis DM dan sedang menjalani pengobatan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan maupun menular.

Pola aktivitas sehari-hari ditemukan bahwa pasien memiliki kebiasaan pola makan selama sebelum sakit dengan memakan makanan tinggi garam dan gula. Pola eliminasi BAK pasien tidak mengalami keluhan baik sebelum dan setelah sakit. Pola istirahat tidur baik, pasien tidur dengan kualitas cukup nyenyak dan tidak mengalami keluhan dengan pola tidur baik siang maupun malam. Pasien memiliki kebiasaan aktivitas olahraga senam yang biasa dilakukan selama 1 minggu sekali.

Saat pemeriksaan fisik, kesadaran Ny E Compos mentis GCS 15 (E4V5M6). Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 181/91 mmHg, Suhu 36,8°C, Nadi 74 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, SpO₂ : 98%. Sebelum sakit berat badan Ny. E 48 Kg sedangkan sesudah sakit menjadi 45 Kg, TB pasien 153 cm dengan IMT 19,2 berada dalam normal. Hasil pemeriksaan fisik didapatkan pada sistem kardiovaskular saat diinspeksi bentuk dada normal chest, ictus cordis terlihat pada ICS 5 midclavicula sinistra, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba kuat dan selaras dengan denyutan paa nadi karotis. Pada saat diperkusi pada jantung posisi jantung dalam batas normal, tidak terjadi pembesaran jantung maupun hipertrofi ventrikel sinistra, batas jantung ics 2-3, batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5 dan saat di auskultasi terdengar bunyi jantung S1 S2 lup-dub, CRT Kembali <2 detik.

Pada saat pemeriksaan psikososial status emosi pasien dapat mengelola emosi dengan baik, pasien tampak cemas terbukti dengan pasien sering bertanya terkait penyakit yang dialaminya, serta pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya, pola koping pasien baik, pola komunikasi verbal

dan nonverbal pasien baik, saat dilakukan pemeriksaan konsep diri pasien bersyukur atas tubuhnya dan dapat menerima kondisinya saat ini. Sedangkan pemeriksaan data sosial, pendidikan terakhir pasien SD dan menadi seorang ibu rumah tangga, pasien mengatakan bahwa dirumah pasien berperilaku ramah begitupun saat di rumah sakit, adat istiadat di lingkungan pasien pun tidak bertentangan dengan dunia kesehatan. Data spiritual pasien juga tidak mengalami gangguan, pasien percaya atas kesembuhannya berasal dari Allah SWT dan senantiasa selalu beribadah dan berdoa untuk kesembuhannya pada Allah SWT.

Pemeriksaan laboratorium urin telah dilakukan pada tanggal 09 April 2023 didapatkan urin rutin yaitu kimia urin dengan hasil warna urin kuning keruh, pH urine 5.5, berat jenis urine 1.020, protein urine +++, glukosa urine +++++, bilirubin urine negatif, urobilinogen urine 0.1 mg/dL, nitrit urine negatif, keton urine negatif, leukosit ++, darah samar urin negatif. Hasil pemeriksaan mikroskopis urine yaitu eritrosit 0 – 2/lpk, leukosit 1 – 4/lpb, calcium monohydrate negatif, calcium dehydrate negatif, bakteri negatif, triple phosphate negatif, uric acid urine negatif, hyalin negatif, pathological urine negatif, sel epitel positif 1, non sel epitel negatif, jamur negatif. Selain itu, pasien dilakukan pemeriksaan EKG pada tanggal 10 April 2023 dengan hasil Sinus Rhythm, Left axis defiation, Minimal ST elevation, anterior leads, GDP : 345 mg/dL. Pasien diberikan terapi IV yaitu levofloxacin 1 x 750 mg, ondansentron 2 x 8 gr, dan pantoprazole 2 x 40 mg, terapi SC apidra 10-10-10 IU dan ezelin 0-0-8 IU, terapi oral bicnat 3 x 500 mg, amlodipine 1 x 10 mg, dan candesartan 1 x 16 mg, serta infus D5 20 TPM.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis melakukan analisa data dan mendapatkan diagnosa Keperawatan yang muncul untuk diatasi yaitu 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d GDP : 345 mg/dL, glukosa urine +++++; 2) Nyeri akut b.d peningkatan tekanan vascular serebral dan iskemia d.d pasien mengeluh nyeri kepala dan tampak meringis; 3) Resiko defisit nutrisi d.d pasien mengeluh tidak nafsu makan karena mual, porsi makan habis $\frac{3}{4}$ porsi; 4) Ansietas b.d kurang terpapar informasi d.d pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya dan tampak cemas; 5) Defisit pengetahuan tentang penyakit hipertensi b.d kurang terpapar informasi d.d pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran : pengaturan diit makan. Dari 5 diagnosa keperawatan tersebut, penulis memfokuskan asuhan keperawatan dalam penanganan diagnosa keperawatan nyeri akut.

4.1.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan penulis memfokuskan kepada intervensi untuk mengatasi masalah nyeri akut yaitu : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas, intensitas nyeri; Identifikasi skala nyeri; Monitor tanda-tanda vital; Istirahatkan pasien saat nyeri muncul; Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : kompres hangat pada leher; Berikan posisi semi fowler; Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam; Kolaborasi pemberian penghambat reseptor angiotensin dan penyekat saluran kalsium : Candesartan 1x16 mg dan amlodipine 1x10 mg .

Selain intervensi untuk mengatasi masalah utama nyeri akut penulis juga tetap melakukan perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang lainnya yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah diantaranya identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah >250 mg/dL, anjurkan melkaukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis), dan kolaborasi pemberian insulin apidra 10-10-10 IU dan ezelin 0-0-8 IU; Intervensi untuk risiko defisit nutrisi diantaranya monitor asupan makanan; monitor berat badandan IMT; Lakukan oral hygiene sebelum makan; Ciptakan lingkungan yang nyaman; Anjurkan melakukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis); serta kolaborasi pemberian obat ondansentron 2 x 8 gr, pantoprazole 2 x 40 mg. Sedangkan untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas yaitu dengan Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal); Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor); Gunakan pendekatan yang tenang dan nyaman; Motivasi pasien untuk mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan; Informasikan secara factual mengenai perawatan penyakit hipertensi; serta Latih teknik relaksasi nafas dalam. Intervensi yang dilakukan untuk masalah keperawatan defisit pengetahuan yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi; Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi belajar; Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan; Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan melibatkan keluarga dalam perawatan hipertensi; dan Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat dengan berfokus kepada pemenuhan kebutuhan rasa nyaman dalam mengatasi nyeri akut. Implementasi dilakukan selama 5 hari yaitu 4 hari dilakukan di rumah sakit dan 1 hari dilakukan *home visit*.

Implementasi yang dilakukan kepada Ny. E dihari pertama yaitu Memonitor TTV dimana di dapat hasil TD : 181/91 mmHg, Suhu 36,8°C, Nadi 74 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, SpO2 : 98%. Setelah itu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika melakukan aktivitas/bergerak dan dirasakan berkurang ketika beristirahat dengan posisi setengah duduk, nyeri terasa seperti berdenyut di daerah pelipis kanan menjalar sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10, nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul \pm 30 menit, selanjutnya mengistirahatkan pasien dengan memberikan posisi semi fowler dan pasien mengatakan merasa nyaman saat posisi setengah duduk, namun masih terasa nyeri.

Pada jam selanjutnya mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri dan cemas muncul didapatkan hasil Pasien mau melakukan teknik relaksasi nafas dalam, pasien juga mampu melakukannya dengan benar sesudah melakukan relaksasi nafas dalam skala nyeri sedikit berkurang, namun skala nyeri masih 5 dari 0-10 dan pasien masih merasa cemas, selanjutnya melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat candesartan 1 x 16 mg per oral.

Selain melakukan tindakan untuk mengatasi masalah utama, penulis juga melakukan implementasi terhadap masalah keperawatan lainnya seperti resiko defisit nutrisi yaitu memonitor BB dengan hasil BB 45 kg. dan memonitor asupan makanan Pasien mengatakan tidak nafsu makan dikarenakan mual, porsi makan habis $\frac{3}{4}$ porsi, untuk mengatasi masalah kecemasan penulis memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) dengan menggunakan pendekatan yang tenang dan nyaman dan hasilnya pasien tampak cemas dan sering bertanya terkait perawatan penyakit hipertensi.

Mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dilakukan mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sebelum masuk RS mengalami tanda gejala sering haus, sering lapar dan sering BAK dan memonitor kadar glukosa darah dengan hasil GD 2 JPP siang 241 mg/dL

Implementasi pada hari kedua dilakukan monitor TTV dimana di dapat hasil RR 20 x/menit, TD 163/88 mmHg, nadi 81 x/menit SPO₂ 98% dan suhu 36,2 °C, dilakukan memonitor keluhan dan skala nyeri akut dengan hasil masih merasa nyeri pada kepala, pasien tampak sesekali meringis, leher bagian belakang tegang, skala nyeri 5 dari 0-10. Lalu untuk Menganjurkan melakukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis) yang disesuaikan dengan diet hipertensi sehingga didapatkan pasien memahami anjuran dan akan memulai dengan memakan makanan yang sesuai dengan diet.

Tindakan yang dilakukan untuk manajemen nyeri yaitu dengan Memposisikan semi fowler dengan kombinasi mengkompres hangat pada bagian

leher didapatkan hasil pasien mau dilakukan kompres hangat, setelah di kompres nyeri dan skala nyeri pada pasien berkurang menjadi 3 dari 0-10, memberikan apidra 10 IU per SC, menganjurkan perawatan mulut sebelum makan sehingga mulut tampak bersih, menciptakan lingkungan yang nyaman dan pasien tampak nyaman, memberikan obat candesartan 1 x 16 mg per oral, setelah itu memonitor asupan makanan pasien dan didapatkan mual sedikit berkurang dan nafsu makan sedikit bertambah, porsi makan habis $\frac{3}{4}$ porsi,. Setelah itu, memonitor BB dan IMT dengan hasil BB : 45,5 kg dan IMT 19,4 (Normal) dan Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil GD 2 JPP 156 mg/dL

Pada hari ketiga implementasi dilakukan memonitor TTV ditemukan hasil tekanan darah 143/82 mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,4°C, hasil SpO₂ 99%. Sebelum dilakukan tindakan untuk menurunkan nyeri memonitor terlebih dahulu keluhan dan skala nyeri dengan hasil nyeri masih terasa, leher bagian belakang sedikit tegang, skala nyeri 3 (0-10), Memposisikan pasien semi fowler dengan mengkombinasikan kompres hangat pada pasien saat merasa nyeri dengan hasil nyeri berkurang, meringis berkurang, leher bagian belakang tidak tegang, skala nyeri pasien menjadi 2 dari 0-10, memberikan apidra 10 IU, memonitor asupan makanan pasien dan makan habis 1 porsi serta pasien sudah tidak mual dan nafsu meningkat, memonitor BB dan IMT pasien hasil BB pasien 45,5 kg dan IMT 19,4 (Normal), Memberikan obat ondansetron 1 x 8 gr per IV, Pantoprazole 1 x 40 mg per IV, dan Amlodipin 1 x 10 mg per oral, selanjutnya mengidentifikasi kesiapan, kemampuan dan factor factor yang mempengaruhi belajar pasien, serta menjadwalkan penkes sesuai kesepakatan.

Pada hari keempat implementasi dilakukan memonitor TTV ditemukan hasil tekanan darah 126/74 mmHg, nadi 76x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,8°C, hasil SpO2 99% serta dilakukan monitor skala nyeri berkurang skala nyeri 1 dari 0-10, memonitor asupan makanan pasien, habis 1 porsi dan tidak merasa mual, nafsu makan meningkat, melakukan penkes sesuai kesepakatan dengan melibatkan keluarga dan menginformasikan secara factual kepada pasien mengenai perawatan hipertensi dengan hasil pasien mengerti dan mau melakukan perawatan hipertensi dengan benar, pasien tampak mengerti dan mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat dengan benar kecemasan pasien berkurang, pasien tampak tenang, pasien sudah mengetahui dan mampu menyebutkan kembali perawatan hipertensi dengan benar, Memonitor tanda-tanda dan tingkat ansietas dengan hasil pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena sudah tahu cara perawatan penyakit hipertensi dengan benar, pasien tampak lebih tenang, kemudian memonitor asupan makanan, BB, dan IMT pasien dengan hasil makan habis 1 porsi, tidak mual, nafsu makan meningkat, BB 45.5 kg, IMT 20 (Normal).

Pada hari kelima implementasi dilakukan kunjungan rumah ke Katapang dilakukan memonitor TTV didapatkan hasil tekanan darah 125/80mmHg, nadi 82x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3°C dan SpO2 99%, Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil GDS 136 mg/dL memonitor skala nyeri berkurang menjadi 0 dari 0-10, leher bagian belakang tidak tegang, pasien tidak meringis, serta Memberikan penkes manajemen nyeri dengan melibatkan keluarga dengan hasil

pasien dan keluarga mengerti cara manajemen nyeri selain menggunakan terapi obat medis, dan akan melakukannya jika nyeri terasa

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit dan 1 hari secara home visit pasien sudah membaik dan mengatakan nyeri kepala berkurang, pasien tidak tampak meringis, skala nyeri 0 dari 0-10, leher bagian belakang tidak tegang sehingga masalah keperawatan nyeri akut sudah teratasi dan intervensi dihentikan. Sedangkan untuk masalah keperawatan yang lain sudah teratasi dan mengatakan nafsu makannya sudah meningkat, sudah tidak terasa mual, BB : 45,5 kg, makan sudah habis 1 porsi, pasien sudah tidak merasa lesu, GDS : 136 mg/dL, kecemasan pasien berkurang, pasien mengetahui dan menerapkan perawatan penyakit hipertensi secara tepat sehingga intervensi dihentikan.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Asuhan keperawatan pada Ny. E telah diberikan selama 5 hari berturut-turut yaitu 4 hari di rumah sakit dan 1 hari di rumah dengan melakukan intervensi harian yang sesuai dengan masalah pasien. Hasil studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman : Nyeri akut pada kepala.

Hasil pengkajian data demografi pasien didapatkan Ny. E merupakan seorang perempuan berusia 48 tahun, hal ini tidak sejalan dengan teori menurut

Kementerian Kesehatan RI, (2013) yang menyebutkan bahwa hipertensi lebih tinggi terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan dan kebanyakan terjadi pada usia di atas 60 tahun. Berbeda dengan teori, pada kasus ini pasien mengalami hipertensi pada usia yang lebih awal yaitu <60 tahun. Penyakit hipertensi pada kasus ini tidak didukung oleh faktor usia maupun hormonal, tetapi karena faktor lain yaitu konsumsi garam berlebih yang sejalan dengan teori menurut Pranata & Prabowo, (2017) bahwa garam berlebih meningkatkan volume darah dan membuat jantung bekerja lebih keras sehingga tekanan darah naik.

Penelitian yang sejalan dengan kasus ini yaitu menurut Yunus, Aditya, & Eksa (2021) bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan hipertensi, dan jika dilihat dari kontingensi terlihat bahwa penderita hipertensi wanita (66,2%) lebih banyak dibandingkan pria (63,9%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Artiyaningrum & Azam (2018) menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara umur >40 tahun dengan kejadian hipertensi karena pada umur >40 tahun elastisitas arteri mulai berkurang, sehingga menjadi lebih mudah arterosklerosis dan rentan terkena hipertensi.

Hasil pengkajian didapatkan bahwa keluhan utama pasien yaitu nyeri pada bagian kepala, hal ini sejalan dengan teori menurut Aziza, (2007) dalam Pranata & Prabowo, (2017) bahwa pasien hipertensi biasanya mengeluh sakit kepala dan rasa berat di tengkuk.

Keluhan saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada bagian kepala, dirasakan bertambah secara tiba-tiba ketika bangun/berdiri dan dirasakan berkurang ketika beristirahat dengan posisi setengah duduk. Nyeri terasa seperti berdenyut di daerah

pelipis kanan menjalar sampai leher dengan skala nyeri 5 dari 0-10. Nyeri terasa hilang timbul dengan durasi saat timbul ± 30 menit. Keluhan nyeri pada kasus Ny. E dengan dilengkapi PQRST sejalan dengan teori menurut Aspiani, (2014); Nugroho et al., (2022) bahwa nyeri meningkat ketika bangun dan berkurang ketika beristirahat dengan posisi nyaman, kualitas yang dirasakan biasanya pusing, pening, atau berdenyut, lokasi nyeri terasa mulai dari kening dan belakang kepala menjalar ke leher dengan skala yang bervariasi dari ringan – berat dengan waktu hilang timbul.

Hasil pengkajian pada riwayat kesehatan dahulu didapatkan data bahwa pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 11 tahun yang lalu. Hal ini sejalan dengan teori menurut Pranata & Prabowo (2017) bahwa pada pasien hipertensi umumnya terdapat riwayat kesehatan yang mendahului seperti diabetes mellitus dan dalam kasus ini dikategorikan hipertensi sekunder. Diabetes Mellitus dalam waktu yang lama dapat menyebabkan terjadinya glomerulosklerosis yang akan mengakibatkan terjadinya penurunan aliran darah ke ginjal, sehingga timbul komplikasi nefropati diabetik.

Penelitian yang mendukung bahwa penyakit DM dapat menyebabkan terjadinya hipertensi dikemukakan oleh Saragih, Nugrahalia, & Sartini (2019), yaitu terdapat hubungan yang cukup kuat antara Diabetes Mellitus dengan Hipertensi dimana penderita DM memiliki kondisi resistensi insulin yang mengakibatkan peningkatan retensi natrium di ginjal dan mengakibatkan aktivitas sistem saraf simpatik yang berpengaruh terhadap peningkatan tekanan darah dan akan memicu penurunan suplai darah ke ginjal akibat adanya penyumbatan

pembuluh darah. Penyumbatan arteri dan arteriol akan menyebabkan kerusakan pada glomerulus dan atrofi tubulus, sehingga menyebabkan seluruh nefron rusak dan mengakibatkan terjadinya gagal ginjal kronik (Adhiatma, Wahab, & Widyantara, 2018).

Hasil pengkajian riwayat kesehatan keluarga didapatkan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit turunan. Hal ini tidak sejalan dengan teori menurut Anggraini & Leniwita, (2020); Aspiani, (2014) bahwa salah satu faktor risiko dalam keluarga yaitu genetik/keturunan penyakit hipertensi. Banyak penelitian yang menyebutkan bahwa faktor genetik memiliki hubungan dengan kejadian hipertensi. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Febrianti (2019), menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara faktor keturunan dengan kejadian hipertensi. namun karena hipertensi memiliki beberapa faktor risiko lain maka penderita dengan tidak adanya riwayat keturunan juga berpeluang menderita penyakit hipertensi.

Hasil pengkajian pada pola aktivitas sehari-hari didapatkan data dalam pola makan pasien mengkonsumsi makanan tinggi garam dan gula. Hal ini sejalan dengan teori menurut Aspiani (2014); Pranata & Prabowo (2017) bahwa pasien hipertensi memiliki pola makan yang tinggi garam dan konsumsi garam berlebih ini menjadi salah satu faktor risiko terjadinya hipertensi. Penelitian yang dilakukan oleh Aryan bahwa terdapat hubungan antara konsumsi garam berlebih dengan kejadian hipertensi karena garam menyebabkan penumpukan cairan dalam tubuh, sehingga akan meningkatkan volume dan tekanan darah.

Hasil pengkajian didapatkan data yang tidak ada di teori tetapi ada pada kasus yaitu keluhan tidak nafsu makan karena mual dengan porsi makan yang habis

hanya $\frac{3}{4}$ porsi. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Aspiani (2014) bahwa pasien hipertensi mengalami keluhan mual. Mual dapat disebabkan karena pusing yang menunjukkan terganggunya fungsi keseimbangan, hal ini akan mengaktifkan *vegetative system* yang berkaitan dalam fungsi nutrisi di hipotalamus, sehingga merangsang pusat muntah dan timbul gejala nausea dan/atau muntah (Brandt, 2005 dalam Sudira, 2015).

Hasil pemeriksaan fisik, pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah : 181/91 mmHg hal ini sejalan dengan teori menurut Hariyanto & Sulistyowati, (2015) bahwa pada kasus hipertensi tekanan darah sistol diatas 140 mmHg dan tekanan diastol diatas 90 mmHg. Pada pemeriksaan TTV dilakukan pengkajian SpO₂, hal ini dilakukan karena adanya adaptasi pandemi covid-19 sebagai deteksi dini pengawasan covid-19 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Ditemukan kesenjangan lain yaitu terkait data yang di teori ada, namun data tersebut tidak ditemukan pada pasien Ny. E yaitu pada pemeriksaan fisik tidak terjadi penurunan curah jantung, hipervolemia, dan intoleransi aktivitas karena tidak ditemukan data hipertrofi ventrikel sinistra sebagai tanda utama indikasi terjadinya gagal jantung. Hipertrofi ventrikel kiri ditandai dengan ditemukannya pergeseran ictus cordis melewati garis midaksilaris sinistra sebagai kompensasi tekanan dinding ventrikel kiri untuk melawan tahanan terhadap ejeksi darah dari ventrikel pada saat sistolik.

Hasil dari pemeriksaan psikososial pasien tampak cemas terbukti dengan pasien sering bertanya terkait penyakit yang dialaminya, serta pasien mengatakan khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya. Hal ini sejalan dengan teori

yang dikemukakan oleh Aspiani (2014) dan Pranata & Prabowo (2017) bahwa faktor risiko terjadinya penyakit hipertensi yaitu stress, gelisah dan kecemasan.

Hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan GDP : 345 mg/dL. Hal ini tidak sejalan dengan teori yang ada, karena pasien memiliki riwayat penyakit DM disertai dengan adanya pola makan tinggi gula. Pola makan memegang peranan penting bagi penderita DM seseorang yang tidak bisa mengatur pola makan dengan pengaturan 3J (jadwal, jenis dan jumlah) maka hal ini akan menyebabkan penderita mengalami peningkatan kadar gula darah (Susanti & Bistara 2012).

Hasil pemeriksaan laboratorium lain terkait pemeriksaan urine ditemukan proteinuria dan glukosuri, hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Nurarif & Kusuma, (2015); Oktavianus & Sari, (2014) bahwa adanya proteinuria dan glukosuri mengisyaratkan adanya disfungsi ginjal dan DM. Faktor penyebab adanya proteinuria yaitu penyakit Hipertensi dan DM. Keduanya akan menyebabkan terjadinya glomerulosklerosis dan mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal sehingga terjadi perubahan-perubahan pada permeabilitas membran basalis glomerulus. Oleh sebab itu, molekul protein dapat melewati membran glomerulus sehingga timbul proteinuria (Siahaan & Aruan, 2022).

Pada pengkajian penulis tidak menemukan hambatan dalam mengkaji keadaan pasien karena alat-alat untuk melakukan pengkajian tersedia lengkap di rumah sakit seperti Tensimeter, thermometer, oximeter dan lain-lain, Adapun alat lainnya yang diperlukan untuk melakukan pengkajian penulis membawa sendiri alatnya seperti penlight, stetoskop dan lain-lain. Pasien pun kooperatif dengan penulis ketika dilakukan pengkajian.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Ny. E sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Aspiani (2014), Nurarif & Kusuma (2015) dan Tim Pokja DPP PPNI (2017) yaitu : 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin d.d GDP : 345 mg/dL, glukosa urine ++++; 2) Nyeri akut yang ditandai dengan nyeri pada kepala, disertai leher belakang tegang, skala nyeri 5 (0-10); Ansietas ditandai dengan data yang ditemukan yaitu pasien tampak cemas, pasien merasa khawatir dan bingung terhadap perawatan penyakitnya; dan 3) Defisit pengetahuan yang ditandai dengan data bahwa pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran terkait pengaturan diet makan.

Diagnosa lain yang ditemukan pada pasien Ny. E tetapi tidak ada di teori yaitu : 1) Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang ditandai dengan kadar GDS : dan glukosa urin ++++. Masalah keperawatan ini muncul karena riwayat penyakit DM yang dimiliki pasien, juga diikuti oleh kebiasaan pola makan pasien yang mengonsumsi makanan mengandung tinggi gula, hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh bahwa terdapat hubungan pola makan dengan kadar glukosa darah pada pasien DM tipe II. 2) Resiko defisit nutrisi yang ditandai dengan keluhan tidak nafsu makan karena mual. Masalah keperawatan ini muncul karena pusing menjadi rangsangan yang berasal dari sistem vestibular/keseimbangan dapat mempengaruhi pusat muntah.

Diagnosa keperawatan yang seharusnya muncul yaitu : 1) Penurunan curah jantung, 2) Hipervolemia, dan 3) Intoleransi aktivitas karena berkaitan dengan data-data yang tidak muncul yang sudah dibahas sebelumnya pada pembahasan.

Pada saat melakukan Analisa data dan menentukan diagnosa keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan karena Sebagian besar diganosa yang diangkat sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Aspiani (2014); Nurarif & Kusuma (2018); dan Tim Pokja DPP PPNI (2017).

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan pada masalah utama yang dialami pasien sudah sesuai dengan intervensi keperawatan terkait masalah pada penyakit hipertensi yang dikemukakan oleh Aspiani (2014); Nurarif & Kusuma (2018); dan SIKI (2018). Intervensi yang dibuat dalam studi kasus ini berfokus pada perbaikan keluhan nyeri dengan memberikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Terapi non farmakologis yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu kompres hangat pada leher dengan kombinasi posisi nyaman semi fowler, serta ajarkan relaksasi nafas dalam.

Penulis memilih terapi non farmakologis kompres hangat karena pelaksanaan kompres hangat dapat dilakukan secara mandiri dengan alat yang bias dimodifikasi sesuai dengan alat yang ada. Jurnal penerapan kompres hangat terhadap nyeri kepala pada pasien hipertensi yang dilakukan oleh Nazar, Ayubbana & Pakarti (2023) menyebutkan bahwa penerapan kompres hangat dapat membantu menurunkan intensitas nyeri kepala pada pasien hipertensi. Kompres hangat dapat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah) sehingga meningkatkan pemasukan oksigen dan merelaksasikan otot pembuluh darah dan akan mengurangi nyeri.

Relaksasi nafas dalam juga dapat digunakan dalam menurunkan nyeri karena teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan ketegangan fisiologis, kebebasan fisik dan mental dari ketegangan dan stress, teknik ini memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Yuniarti, Darwin, & Huda, 2021).

Disamping fokus intervensi pada masalah keperawatan yang utama, intervensi lain juga dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan risiko defisit nutrisi diantaranya monitor asupan makanan; Lakukan oral hygiene sebelum makan; Ciptakan lingkungan yang nyaman; Anjurkan melakukan pengaturan makan menggunakan prinsip 3J (tepat Jadwal, Jumlah, dan Jenis). Mengatasi masalah keperawatan ansietas dilakukan dengan Informasikan secara factual mengenai perawatan penyakit hipertensi dan latih teknik relaksasi nafas dalam. Intervensi yang dilakukan untuk masalah keperawatan defisit pengetahuan yaitu Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan; Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan; dan Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Pada saat menentukan perencanaan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan karena penulis menggunakan buku Aspiani (2014); Nurarif & Kusuma (2015); dan SIKI dari Tim Pokja DPP PPNI (2019) sebagai pegangan dalam merumuskan perencanaan keperawatan pada pasien.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Penulis telah melakukan implementasi keperawatan yang dimulai pada tanggal 10 April 2023 hingga 17 April 2023 untuk mengatasi masalah-masalah

yang dialami pasien khususnya masalah nyeri akut pada pasien gastritis yang sudah direncanakan sesuai dengan apa yang telah dikemukakan oleh Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan SIKI pada tahun 2019 dimana hari demi hari keadaan pasien mengalami peningkatan yaitu pasien mengatakan bahwa nyeri terasa berkurang, meringis tidak tampak pada pasien, skala nyeri 1 dari 0-10 kategori ringan. Serta untuk masalah keperawatan lainnya pun membaik, mual pada pasien berkurang, nafsu makan meningkat, makan habis 1 porsi, dan pola tidur pasien pun kembali teratur.

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Ny. E penulis awalnya mendapatkan hambatan karena tidak ada alat untuk melakukan implementasi kompres hangat yang merupakan tindakan untuk mengatasi diagnosa keperawatan nyeri akut, namun penulis menemukan solusi yaitu dengan membawa sendiri alat untuk melakukan kompres hangat. Pelaksanaan tindakan khususnya dalam manajemen nyeri, penulis menggunakan SOP yaitu terkait kompres hangat dan relaksasi nafas dalam. SOP di lapangan maupun di institusi tidak ada perbedaan dan hampir sama sehingga penulis tidak mengalami kesulitan saat pelaksanaannya. Penulis pun selalu melakukan koordinasi dengan perawat ruangan terkait dalam monitor skala nyeri pasien, pemberian obat serta selalu berkoordinasi dalam melakukan Tindakan keperawatan kepada Ny. E

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan hasil yang diharapkan pada pasien hipertensi dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman : nyeri akut pada kepala yang disampaikan oleh Leniwita & Anggraini (2019) diantaranya melaporkan skala

nyeri normal, tidak tampak meringis. Maka berdasarkan masalah yang dialami pasien Ny. E teratasi dan intervensi dihentikan, sehingga penulis pun telah mencapai tujuan yaitu mendeskripsikan pengkajian, menegakkan diagnose keperawatan, Menyusun intervensi, melakukan implementasi keperawatan, mendeskripsikan evaluasi, melakukan pendokumentasian serta telah mendeskripsikan kesenjangan yang dialami pasien hipertensi dengan gangguan kebutuhan rasa nyaman : nyeri akut di RSUD Al- Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Dapat disimpulkan bahwa meskipun ada beberapa data yang ditemukan berbeda dengan teori penyakit Hipertensi yaitu ditemukan tanda dan gejala pasien mengeluh mual dan tidak nafsu makan maka didapatkan masalah resiko defisit nutrisi namun secara umum sebagian besar keadaan yang dialami Ny E sudah sesuai dengan teori yang disampaikan terkait dengan penyakit Hipertensi.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Keterbatasan yang dialami penulis selama melakukan studi kasus ini yaitu terkait kelengkapan alat dalam melakukan tindakan kompres hangat, namun penulis mendapatkan solusi untuk mengatasinya yaitu dengan membawa alat kompres hangat sendiri.