

BAB IV

HASIL PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi penulisan

Studi kasus yang dilakukan di PUSKESMAS LOK BAHU lok bahu kota samarinda beralamat di jln Ir.H Nursyirwan Ismail,M,Si (Ring Road 2) RT. 15 Kelurahan Lok Bahu ,Kecamatan Sungai Kunjang ,Kota Samarinda ,Provinsi Kalimantan Timur

Dalam konteks studi kasus ini peneliti dilakukan di wilayah Kelurahan Lok Bahu RT 29 Gang Kita dari tanggal 25 Mei -1 Juni 2024.

B. Pengkajian

1. identitas pasien

Ny. N seorang ibu rumah tangga yang berusia 64 tahun , dengan latar belakang bersuku banjar dan beragama islam , dengan pendidikan terakhir SMP , saat ini kegiatan yang dilakukan yaitu menjadi ibu rumah tangga dan menjaga 3 orang cucu ,Ny N telah menikah dan tinggal di jln M said RT 29 Gg Kita Kelurahan Lok Bah.

2. keluhan utama

saat pengkajiaan (25 Mei 2024)

klien mengatakan tidak ada keluhan

3. Riwayat penyakit dahulu

Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi semenjak 5 tahun lalu.

4. Riwayat obat-obatan

Klien mengkonsumsi obat-obatan herbal

5. Pengkajian B1-B6

a. Brain

Didapatkan kesadaran Compos Mentis GCS: E4 V5 M6, klien tidak ada nyeri kepala, pupil isokor, tidak ada tremor, tidak ada kejang, klien merasa cemas ketika mendengar hasil pengukuran tekanan darah yang tinggi, klien jika terbangun malam hari butuh waktu 10-15 menit untuk tidur kembali.

b. Breathing

Klien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada sumbatan jalan nafas, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan saat dilakukan pemeriksaan perkusi suara sonor, tidak ada batuk, irama reguler, dan ketika pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara tambahan, RR: 21x/menit.

c. Blood

Ketika dilakukan pemeriksaan klien Ny, N di dapatkan TD: 180/100 mmhg, CRT < 2 detik, N: 80x/menit, konjungtiva tidak anemis, tidak ada riwayat pendarahan, tidak terdapat nyeri dada, klien tidak merasakan pusing, tidak terdapat odema.

d. Bladder

Klien mengatakan BAK selama 24 jam sebanyak 7-8 kali dan berwarna kuning pucat tidak berbau, klien mengatakan minum air

putih sebanyak 700-800 ml dalam 24 jam, klien mengatakan sering terbangun ketika malam hari karna BAK.

e. Bowel

Klien mengatakan BAB sebanyak 2-3 kali dalam sehari dengan tekstur lunak ,klien tidak mengalami diare, klien tidak merasakan kembung .klien mengatakan makan 2-3 kali dalam sehari ,makan yang paling klien sering makan adalah ikan asin,mie instan,ikan-ikanan,dan klien tidak memiliki pantangan makan.

f. Bone

Klien mengatakan tidak mengalami nyeri otot kaku sendi maupun kaku sendi ,klien tidak memiliki riwayat patah tulang , pada ekstremitas atas bawah kekuatan dalam batas normal, 5,5,5,5.

C. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 25 Mei 2024

Pemeriksaan	Hasil
TD	180/100 mmhg
N	80x/menit
RR	22x/menit
Spo2	98%

D. Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1	Ds : klien mengatakan mempunyai riwayat tekanan darah sejak lama . Do : TD :180/100 mmhg N: 80 x/menit RR: 22x/menit Spo2:99%	Perubahan kontraktilitas	Penurunana curah jantung

2	Ds : klien mengatakan ce,as mendengar tekanan darahnya yang tinggi Do : TD :180/100 mmhg N: 80 x/menit RR: 22x/menit	Ancaman terhadap kondisi tubuh	Ansietas
3	Ds : klien mengatakan suka terbangun di malam hari karna BAK Do :-	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
4	Ds : klien megatakan belum mengetahui tentang penyakit hipertensi. Do :klien sering menanyakan tentang penyakit hipertensi	Kurang terpapar informasi	Difisit pengetahuan

E. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. penurunan curah jantung berhubungan dengan Perubahan kontraktilitas (D.008)
2. Ansietas behungan Ancaman terhadap kondisi tubuh (D.0080)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
4. Difisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi (D.0111)

F. Intervenai Keperawatan

Tgl	No Dx	Dx keperawat	Tujuan & KH	Intervensi
	1	Penurunan curah jantung (D.008)	(L. 02008) Setelah di lakukan perawatan selama 3x pertemuan di harapkan cuarah jantung meningkat dengan kreteria hasil : -kekuatan nadi perifer 3 ke 5 Keterangan : 1. menurun	Perawatan jantung (I.02075) Observasi 1.1 monitoring tekanan daeah (termasuk tekanan darah ortostatik). 1.2 monitor inte dan output cairan 1.3 monitor saturasi oksigen Terapeutik

			<p>2. cukup menurun 3. sedang 4. cukup meningkat 5. mengkat - tekanan darah 3 ke 5 Keterangan : 1. meburuk 2.cukup memburuk 3. sedang 4. cukup membaik 5. membaik .</p>	<p>1.4 berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres <i>jika perlu</i>. 1.5 berikan dukungan emosional dan spiritual Edukasi 1.6 anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi 1.7 anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap . 1.8 anjurkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian Kolaborasi 1.9 kolaborasi pemberian antiaritmia <i>jika perlu</i>.</p>
	2	Ansietas (D.0080)	<p>(L.09093) Setelah di lakukan perawatan selama 3x pertemuan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kreteria hasil : - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami Keterangan : 1. meningkat 2. cukup meningkat 3. sedang 4. cukup menurun 5. menurun</p>	<p>Reduksi ansietas (I.09314) Observasi 2.1 identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi,waktu,stresor) 2.2 identifikasi tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 2.3ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2.4 pahami situasi yang membuat ansietas Edukasi 2.5 jelaskan prosedur ,termasuk sensasi yang mungkin dialami . 2.6 infomasikan secara faktual mengenai diagnosa ,pengobatan,dan progresis. 2.7 latih teknik relaksi . Kolaborasi 2.8 kolaborasi pemberian obat antiansietas <i>jika perlu</i>.</p>

G. Implementasi

No	Tgl /jam	Implementasi	Ttd
1	25/05/2024	<p>1.1 memonitoring tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik) Ds:- Do: TD: 180/100 mmhg N:80x/menit RR: 22x/menit</p> <p>1.2 memonitor inte dan output cairan Ds:- klien mengatakan minum air putih sebanyak +- 800 ml dalam 24 jam, klien mengatakan BAK kurang lebih 7sampai8 kali dalam sehari Do: balans cairan perhari ini sebanyak +720</p> <p>1.3 memonitoring saturasi oksigen Ds: - Do: setelah di lakukan pengukuran saturasi oksigen di dapatkan 99%</p> <p>2.1 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Ds:klien mengatakan merasa cemas ketika tau tekanan darahnya terlalu tinggi Do: klien tampak terlihat khawatir setelah di lakukan pengukuran tekanan darah .</p> <p>2.3 menciptakan suasana terapautik untuk menumbuhkan kepercayaan Ds: - Do: klien mengikuti intruksi apayang di sudah diarahkan</p> <p>2.5 menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami Ds:klien mengatakan mengerti dengan prosedur yang sudah di jelaskan . Do: klien tampak kopratif selama setelah di berikan penjelasan prosedur yang akan di lakukan .</p>	
2	26/05/2024	<p>1.1 memonitoring tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik) Ds: Do: TD: 170/90 mmhg N:80x/menit RR:20x/menit</p> <p>1.3 memonitoring saturasi oksigen Ds:- Do: setelah di lakukan pengukuran saturasioksigen di dapatkan 99%</p> <p>2.1 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Ds: klien mengatakan sudah tidak menghawatirkan mengenai tekanan darahnya yang tingi karna sudah mendapatkn penjelasan mengenai hipertensi Do: klien tampak lebih rilex.</p>	
	27/05/2024	<p>1.1 memonitoring tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik)</p>	

		<p>Ds:- Do: TD: 165/100 mmhg N: 89x/menit RR: 21x/menit 1.3 memonitoring saturasi oksigen Ds:- Do: setelah di lakukan pengukuran saturasi oksigen di dapatkan 99% 1.6 menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi Ds: klien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah di di jelas dan dianjurkan Do: klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah di jelaskan dan dianjurkan 2.1 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah Ds:klien mengatakan sudah tidak merasakan khawatir dengan kondisinya saat ini . Do: klien tampak lebih tenang .</p>	
--	--	---	--

H. Evaluasi

No	Tanggal/jam	Dx keperawatan	Evaluaso (SOAP)								
1	25/05/2024	Penurunan curah jantung (D.008)	<p>S: - - klien mengatakan minum air putih sebanyak +- 800 ml dalam 24 jam, klien mengatakan BAK kurang lebih 7smpai 8 kali dalam sehari - O:- TD: 180/100 mmhg N:80x/menit RR: 22x/menit - balans cairan perhari ini sebanyak +720 - setelah di lakukan pengukuran saturasi oksigen di dapatkan 99% A: masalah curah jantung belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Seblum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi 1.1,1.3 dan lakukan intervensi 1.6 di hari ke 3 .</p>	Ket	Seblum	sesudah	Target	Kekuatan nadi perifer	2	3	5
Ket	Seblum	sesudah	Target								
Kekuatan nadi perifer	2	3	5								
		Ansietas (D.0080)	<p>S: - - klien mengatakan merasa cemas ketika tau tekanan darahnya terlalu tinggi - klien mengatakan mengerti dengan prosedur yang sudah di jelaskan O: - klien tampak terlihat khawatir setelah di lakukan pengukuran tekanan darah . - klien mengikuti intruksi apayang di sudah diarahkan - klien tampak kopratif selama setelah di berikan penjelasan prosedur yang akan di lakukan . A: masalah tingkat ansieta belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Ket	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi khawatir akibat	2	3	5
Ket	Sebelum	Sesudah	Target								
Verbalisasi khawatir akibat	2	3	5								

			<p>kondisi yang di alami</p>								
			<p>P: lanjutkan intervensi 2.1</p>								
2	26/05/2024	Penurunan curah jantung (D.008)	<p>S: - - O: - TD: 170/90 mmhg N:80x/menit RR:20x/menit -setelah di lakukan pengukuran saturasioksigen di dapatkan 99%</p> <p>A: masalah curah jantung belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi 1.1,1.3 dan lakukan intervensi 1.6 di hari ke 3.</p>	Ket	Sebelum	sesudah	Target	Kekuatan nadi perifer	3	4	5
Ket	Sebelum	sesudah	Target								
Kekuatan nadi perifer	3	4	5								
		Ansietas (D.0080)	<p>S:- klien mengatakan sudah tidak menghawatirkan mengenai tekanan darahnya yang tinggi karna sudah mendapatkan penjelasan mengenai hipertensi O: - klien tampak lebih rilex. A: masalah tingkat ansieta belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Ket	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami	3	4	5
Ket	Sebelum	Sesudah	Target								
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami	3	4	5								
3.	27/05/2024	Penurunan curah jantung (D.008)	<p>S:- - - klien mengatakan mengerti tentang apa yang sudah di di jelas dan dianjurkan O:- TD: 165/100 mmhg N: 89x/menit RR: 21x/menit - setelah di lakukan pengukuran saturasioksigen di dapatkan 99% - klien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah di jelaskan dan dianjurkan A: masalah curah jantung teratasi .</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Sebelum</th> <th>sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi perifer</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi di hentikan</p>	Ket	Sebelum	sesudah	Target	Kekuatan nadi perifer	4	5	5
Ket	Sebelum	sesudah	Target								
Kekuatan nadi perifer	4	5	5								
		Ansietas (D.0080)	<p>S:- klien mengatkan sudah tidak merasakan khawatir dengan kondisinya saat ini O:- klien tampak lebih tenang . A: masalah tingkat ansietas teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ket</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Ket	Sebelum	Sesudah	Target	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami	4	5	5
Ket	Sebelum	Sesudah	Target								
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di alami	4	5	5								

			P: intervensi di hentikan
--	--	--	----------------------------------

I. Pembahasan

Setelah pelaksanaan selesai_educasi aktivitas fisik pada Ny.N dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung di kediaman Ny.N di RT 29 Gang Kita Kelurahan Lok Bahu ,Kecamatan Sungai Kunjang,Kota Samarinda yang di mulai tanggal 25 mei 2024 s.d 27 mei 2024,di lakukan berdasarkan jinjauan teori yang di dapatkan serta dengan kondisi mempertimbangkan kondisi klien ,penulis menemukan beberapa perbedaan dan kesamaan yang penulis uraikan berdasarkan asuhan keperawatan :

1. pengkajian

Pengkajian pada kasus kegawat daruratan di lakukan secara pegkajian keperawatan. Metode pengkajian yang dapat di lakukan peneliti terhadap Ny.N yang berusia 64 tahun dan berjenis kelamin perempuan dengan penurunan curah jantung yaitu menggunakan metode wawancara, observasi serta terapautik.

Berdasarkan teori menurut (Ramayanti et all (2023)) pengkajian yang ada yaitu di lakukan pada pasien hipertensi emergensi yaitu: mengidentifikasi klien, riwayat kesehatan dengan keluhan yang paling sering muncul /keluhan yang paling utama yaitu nyeri pada bagian kepala ,tidak bisa tidur dan pusing .namun biasanya pasien hipertensi emergensi juga sering mengalami penyakit bawaan seperti penyakit kronis .

Tetapi saat di lakukan pengkajian gejala yang berdasarakan teori tidak muncul dikarenakan klien tidak merasakan gejala hipertensi terutama pada gejala nyeri karna ambang nyeri klien sangat tinggi.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan teori menurut (Pramana,D. 2020) menjelaskan bahwa diagnosa yang seharusnya muncul pada pasien hipertensi emergensi adalah nyeri, penurunan curah jantung,intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

Namun dari hasil pengkajian yang di lakukan pada pasien Ny.N di dapatkan diaagnosa keperawatan yaitu:

- a. penurunan curah jantung
- b. ansietas
- c. gangguan pola tidur
- d. difisit pengetahuan

Dan terdapat dua (2) diagnosa yang tidak ada di dalam teori studi kasus yaitu diagnosa nyeri akut dan intoleransi aktivitas dikarenakan klien selalu bisa mengendalikan rasa nyeri dengan fokus pada gerakan otot dengan mengidentifikasi otot yang terasa tegang kemudian berfikir positif ,sehinga rasa nyeri tidak di rasakan dan klien mendapatkan perasaan rileks (Ferdisa, R. J., & Ernawati, E. (2021))

3. Perencanaan kepeawatan

Pada tahap intervensi peneliti dapat menyusun intervensi yang sesuai dengan giagnosa keperawatan yang di tentukan pada klien .perencanaan yang di lakukan bedasarkan Standar luaran keperawatan indonesia (SLKI) yang terdiri dari observasi, terapautik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi .

Pada asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas (L.02008) dengan kriteria hasil yaitu: kekuatan nadi perifer dengan ekspektasi yang di harapkan meningkat,tekanan darah (140/90mmhg) membaik dengan ekspektasi yang di harapkan membaik. Dan tindakan keperawatan yang dapat di lakukan selama 3x pertemuan ,curah jantung yang meningkat dan di dapatkan hasil kekuatan nadi perifer dari 2 ke 5 yang menunjukkan mengalami perubahan menjadi meningkat,tekanan darah dari 2 ke 5 yang menunjukkan membaik. Oleh demikian penulis hanya dapat mengambil dua kriteria hasil yang dapat di sesuaikan dengan kondisi terkini pada pasien/klien.

Pada asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan ansietas yang berhubungan ancaman terhadap kondisi tubuh (L.09093) dengan kriteria hasil yaitu: verbalisasi khawatir akibat yang di alami. dengan ekspektasi yang di harapkan menurun Dan tindakan keperawatan yang dapat di lakukan selama 3x pertemuan ,tingkat ansietas menurun dan didapatkan verbalisasi khawatir akibat yang di alami dari 2 ke 3 menunjukan mengalami perubahan menjadi menurun . Oleh demikian penulis hanya dapat mengambil satu kriteria hasil yang dapat di sesuaikan dengan kondisi terkini pada pasien/klien.

Pada asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur yang berhubungan dengan kurang kontrol tidur (L.05045) dengan kriteria hasil yaitu: sering terjaga malam dengan ekspektasi yang

di harapkan membaik Dan tindakan keperawatan yang dapat di lakukan selama 3x pertemuan pola tidur dan di dapatkan keluhan sering terjaga dari 2 ke 5 yang menunjukan mengalami perubahan menjadi menurun. Oleh demikian penulis hanya dapat mengambil satu kreteria hasil yang dapat di sesuaikan dengan kondisi terkini pada pasien/klien.

Pada asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan difisit pengetahuan yang berhubungan dengan kurang terpapar informasi (L.12111) dengan kreteria hasil yaitu: pertanyaa tentang masalah yang di hadapi. dengan ekspetasi yang di harapkan meningkat Dan tindakan keperawatan yang dapat di lakukan selama 3x pertemuan tingkat pengetahuan dari 2 ke 5 yang menunjukan mengalami perubahan menjadi menurun . Oleh demikian penulis hanya dapat mengambil satu kreteria hasil yang dapat di sesuaikan dengan kondisi terkini pada pasien/klien.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan tindakan yang di lakukan pada klien Ny.N di lakukan selama 3 hari dan dilakukan tindakan sebanyak 3x pertemuan tindakan implementasi yang di lakukan berdasarkan dengan panduan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang telah di tetapkan dan sesuaikan dengan masalah keperawatan yang didapatkan pada kondisi klien .

Berdasarkan rencana keperawatan yang telah di rencanakan oleh penulis untuk dapat mengatasi masalah keperawatan penurunan curah jantung. yang mempunyai tujuan perubahan hasil yang di liputi :

mengidentifikasi tekanan darah, memonitoring intake dan output cairan, memonitoring saturasi oksigen, menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

Berdasarkan rencana keperawatan yang telah direncanakan oleh penulis untuk dapat mengatasi masalah keperawatan ansietas yang mempunyai tujuan perubahan hasil yang diliputi: mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, menciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan, menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang dialami.

Berdasarkan rencana keperawatan yang telah direncanakan oleh penulis untuk dapat mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur yang mempunyai tujuan perubahan hasil yang diliputi: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).

Berdasarkan rencana keperawatan yang telah direncanakan oleh penulis untuk dapat mengatasi masalah keperawatan defisit pengetahuan yang mempunyai tujuan perubahan hasil yang diliputi: mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan, menjelaskan komponen risiko yang mungkin berdampak pada kesehatan, memberikan kesempatan untuk bertanya kepada klien.

5. Evaluasi

Dari hasil evaluasi di pada klien Ny.N di dapatkan empat (4) diagnosa. Yaitu:

Di evaluasi hari pertama di daptkan penurunan curah jantung belum teratasi, namun dari hasil evaluasi di hari pertama penurunan curah jantung teratasi sebagian ,penurunan curah jantung tidak teratasi dengan tekanan darah peningkatan Ds: klien mengatakan minum air putih sebanyak +- 800 ml dalam 24 jam, klien mengakatan BAK kurang lebih 7sampai 8 kali dalam sehari Do: TD: 180/100 mmhg, N:80x/menit, RR: 22x/menit .balans cairan perhari ini sebanyak +720, setelah di lakukan pengukuran saturasi oksigen di dapatkan 99% . di hari dua penurunan curah jantung masih teratasi sebagian denagan hasil Do: - TD: 170/90 mmhg ,N:80x/menit, RR:20x/menit, -setelah di lakukan pengukuran saturasioksigen di dapatkan 99%. Di hasil evaluasi hari ketiga penurunan masih tetap teratasi sebagian dengan hasil Do: TD: 165/100 mmhg, N:89x/menit RR: 21x/menit .

Di hari pertama di dapatkan ansietas belum teratasi namun dari hasil evaluasi di hari pertama tingkat ansietas tidak teratasi dengan hasil:Ds: klien mengatakan merasa cemas ketika tau tekanan darahnya terlalu tinggi, klien mengatakan mengerti dengan prosedur yang sudah di jelaskan dan hasil Do: klien tampak terlihat khawatir setelah di lakukan pengukuran tekanan darah . - klien mengikuti intruksi apayang di sudah diarahkan . klien tampak kopratif selama setelah di berikan penjelasan prosedur yang akan di lakukan dan di hari ke dua tingkat ansietas teratasi

dengan hasil evaluasi Ds: klien mengatakan sudah tidak mengawatirkan mengenai tekanan darahnya yang tinggi karena sudah mendapatkan penjelasan mengenai hipertensi dan Do: - klien tampak lebih rileks.

Di evaluasi hari pertama di dapatkan masalah gangguan pola tidur belum teratasi, namun dari hasil evaluasi di hari pertama gangguan pola tidur tidak teratasi, gangguan pola tidur tidak teratasi dengan keluhan sering terjaga cukup peningkatan, dengan hasil evaluasi hari pertama yaitu Ds: klien mengatakan malam hari tidur jam setengah 10 malam dan bangun jam 5 pagi, klien mengatakan jika malam hari suka terbangun karena BAK, di hari kedua evaluasi gangguan pola tidur masih tidak teratasi dengan hasil Ds: klien mengatakan masih suka terbangun jika malam hari dan sampai evaluasi di hari ke tiga gangguan pola tidur masih belum teratasi dengan hasil Ds: klien mengatakan masih terbangun setiap malam.

Di evaluasi hari pertama di dapatkan masalah difisit pengetahuan belum teratasi, namun dari hasil evaluasi di hari pertama difisit pengetahuan tidak teratasi, difisit pengetahuan tidak teratasi dengan pertanyaan tentang masalah yang di hadapi cukup peningkatan, dengan hasil evaluasi hari pertamadi dapatkan hasil yaitu Ds: klien mengatakan siap jika dilakukan edukasi tentang kesehatan klien mengatakan bersedia. Do: menjadwalkan waktu penkes. Pada saat evaluasi di hari kedua di dapatkan difisit pengetahuan belum teratasi dengan hasil evaluasi Do: : SAP dan leaflet. namun ketika di lakukan evaluasi di hari ketiga difisit pengetahuan dapat teratasi dengan hasil evaluasi Ds: klien mengatakan

pahan dengan apa yang sudah di jelaskan, klien mengatakan tidak ada yang ditanyakan karna paham dengan apa yang sudah dijelaskan. Dan hasil Do: klien tampak paham.

Hasil selama di lakukan observasi .

No	Implentasi perhari	Sebelum	Sesudah
1	25 mei 2024	180 /100 mmhg	170/ 90 mmhg
2	26 mei 2024	170/ 90 mmhg	165/100 mmhg
3	27 mei 2024	165/100 mmhg	165/100 mmhg