

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**



**OLEH :**

**EMERENSIANA JUWANA  
PO.5303202210007**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE  
2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Pendidikan  
Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende**



**OLEH :  
EMERENSIANA JUWANA  
NIM : PO.5303202210007**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

**2024**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Emerensiana Juwana

NIM : PO. 5303202210007

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 19 Juli 2024

Yang membuat pernyataan



**EMERENSIANA JUWANA**

**PO. 5303202210007**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

**OLEH :**

**EMERENSIANA JUWANA**  
**NIM. PO5303202210007**

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing Untuk  
Dujikan  
Ende, 19 Juli 2024

Pembimbing



**Yustina P. M. Paschalia, S. Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP. 19690409 1989032002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
R.P.D. III RSUD Kesehatan Kemenkes Kupang



**Atan W. S. S. S., M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom**  
NIP. 19660114199102 1001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM  
III RSUD ENDE**

**OLEH:**

**EMERENSIANA JUWANA**  
**NIM. PO.5303202210007**

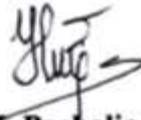
Karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan  
pada tanggal 19 Juli 2024

**Penguji Ketua**



**Irwan Budiana, S.Kep.Ns.,M.Kep.**  
NIP. 19890627219021001

**Penguji Anggota**



**Yustina P. M. Pachalia, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP. 196904091989032002

**Disahkan oleh :**

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende  
Kampus Kesehatan Kemenkes Kupang



**Seti Wawonape, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom**  
NIP. 19660114199102 1001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis hanturkan ke hadiarat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Keperawatan Ende.

Selama melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bantuan, masukan serta motivasi dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ungkapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Irfan, SKM, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Kep.Kom selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende dan sekaligus sebagai penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar karya tulis ilmiah ini menjadi lebih baik.
3. Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing dan penguji anggota yang telah meluangkan waktu serta pikiran dalam proses bimbingan karya tulis ilmiah ini.

4. Kedua orang tua penulis, Bapak Arnoldus To dan Mama Martha Mun yang selalu memberikan dukungan serta doa bagi kelancaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Kakak-kakak dan adik-adik penulis, kakak Rissa, Aven, Ita, adik Carlos, Nova, Randi dan Caramel yang telah memberikan bantuan dan menjadi penyemangat bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Sahabat- sahabat penulis yaitu Anita Mola, Anita Sende, Elda Ndoa, Karlin Mbupu, Nhita Djami, Riny Sama dan Vivin Seto yang selalu membantu menguatkan penulis ketika merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seseorang yang tidak dapat penulis sebutkan namanya, yang telah menjadi *support system* bagi penulis selama proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Tn.P.S dan istri yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberi dukungan dalam penyusunan karya ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah Ini.

Ende, 19 Juli 2024  
Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Tn.P.S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Emerensiana Juwana<sup>(1)</sup>

Yustina P,M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes<sup>(2)</sup>

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg, pada pemeriksaan yang berulang.

**Tujuan** studi kasus untuk meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. P.S dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan.

**Metode** yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

**Hasil** studi kasus pada Tn.P.S pada pengkajian ditemukan data: TD: 150/90 mmHg, pasien merasa sakit kepala, pusing, dan nyeri pada tengkuk. Masalah keperawatan yang muncul adalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan an, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi semua masalah keperawatan teratasi yaitu resiko perfusi serbral tidak efektif teratasi, nyeri akut teratasi, intoleransi aktivitas teratasi, dan gangguan pola tidur teratasi.

Disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus Tn.P.S. Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang memperburuk keluhan seperti mengkonsumsi makanan berlemak dan asin, rutin berolahraga dan mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan serta mengkonsumsi obat secara teratur.

**Kepustakaan : 25 buah (2015-2023)**

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi**

- 1) Program Studi DIII Keperawatan Ende
- 2) Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

## ABSTRACT

### **Nursing Care for Mr.P.S with Medical Diagnosis Hypertension in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital**

Emerensiana Juwana<sup>(1)</sup>

Yustina P,M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes<sup>(2)</sup>

Hypertension is a condition where blood pressure increases beyond normal limits. A person is said to be hypertensive if they have systolic blood pressure > 140 mmHg and diastolic blood pressure > 90 mmHg, on repeated examinations.

The aim of the case study is to increase the author's insight and mindset in providing nursing care to Mr. P.S with hypertension through a nursing process approach.

The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation and nursing evaluation.

The results of the case study on Mr.P.S. In the assessment data were found: BP: 150/90 mmHg, the patient felt headache, dizziness and pain in the nape of the neck.

The nursing problems that arise are the risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension, acute pain related to physiological injurious agents, activity intolerance related to weakness, disturbed sleep patterns related to environmental obstacles. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation all nursing problems were resolved, namely the risk of ineffective cerebral perfusion was resolved, acute pain was resolved, activity intolerance was resolved, and sleep pattern disorders were resolved.

It was concluded that there was a gap between the theory and the case of Mr.P.S. Therefore, hypertensive patients should modify a healthier lifestyle by avoiding factors that worsen complaints such as consuming fatty and salty foods, exercising regularly and controlling their health at health facilities and taking medication regularly.

**Bibliography : 25 pieces (2015-2023)**

**Keywords : Nursing Care, Hypertension**

- 1). Ende DIII Nursing Study Program
- 2). Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program.

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRCT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan .....	7
D. Manfaat Studi Kasus .....	7
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS.....</b>	<b>9</b>
A. Konsep Dasar Teori Hipertensi .....	9
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	21
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>44</b>
A. Jenis/ Rancangan/Desain Studi Kasus .....	44
B. Subyek Studi Kasus.....	44
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	44

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	45
E. Metode/ Prosedur Studi Kasus.....	45
F. Teknik Pengumpulan Data.....	45
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	46
H. Keabsahan Data.....	46
I. Analisis Data.....	47
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>48</b>
A.Hasil Studi Kasus .....	48
B. Pembahasan .....	71
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>77</b>
A.Kesimpulan .....	77
B. Saran.....	78
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>79</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Klasifikasi tekanan darah untuk usia dewasa >18 tahun.....	10
--	----

## DAFTAR GAMBAR

Pathway .....	15
---------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan .....	80
Kartu Konsul KTI .....	89
Jadwal Kegiatan .....	96
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus .....	97
Informant Consent.....	98
Daftar Riwayat Hidup .....	99

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit darah tinggi yang lebih dikenal sebagai hipertensi merupakan penyakit yang mendapat perhatian dari semua kalangan masyarakat, mengingat dampak yang ditimbulkannya baik jangka pendek maupun jangka panjang sehingga membutuhkan penanggulangan jangka panjang yang menyeluruh dan terpadu. Penyakit hipertensi menimbulkan angka morbiditas (kesakitan) dan mortalitasnya (kematian) yang tinggi (Junaidi, 2018 dalam Irwadi, dkk, 2023)

Berdasarkan data statistik yang dikeluarkan WHO tahun 2022 menunjukkan bahwa sekitar 1,13 milyar orang di dunia mengalami hipertensi. Badan Kesehatan Dunia WHO mengatakan bahwa jumlah penderita hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang meningkat. Pada tahun 2025 mendatang, diproyeksikan sekitar 29 % warga dunia terkena hipertensi. Presentase penderita hipertensi saat ini paling banyak terdapat di negara berkembang. Data *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2018* dari WHO menyebutkan bahwa 40% negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi. Sedangkan negara maju hanya 35%. Kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi sebanyak 46 %. Sementara kawasan Amerika sebanyak 35%. Di kawasan Asia Tenggara, 36% orang dewasa menderita hipertensi. Untuk kawasan Asia, penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya.

Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita tekanan darah tinggi. (Irwadi, dkk, 2023)

Angka kejadian hipertensi sebagian besar berada pada negara-negara dengan penghasilan rendah dan menengah termasuk di Indonesia (Doso, dkk, 2019 dalam Jabani, Asriah Septiawati. Dkk 2021). Berdasarkan RISKESDAS tahun 2018 di Indonesia terjadi peningkatan angka kejadian hipertensi yakni sebesar 34,1% dibandingkan hasil RISKESDAS tahun 2013 sebesar 25,8%. Sedangkan di NTT, hasil RISKESDAS tahun 2013 penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai 23,3%, hasil RISKESDAS 2018 meningkat menjadi 27,72%. Berdasarkan data dari Dinas kesehatan kabupaten Ende, tercatat kasus hipertensi 3 tahun terakhir yaitu pada tahun 2021 sebanyak 11. 137, tahun 2022 mengalami peningkatan menjadi 18. 524 kasus, dan pada tahun 2023 sebanyak 12.654 kasus (Dinkes Kabupaten Ende tahun 2023). Meskipun angka kejadian hipertensi pada tahun 2022 ke tahun 2023 menurun namun ini tetap menjadi permasalahan, karena dampak dari hipertensi ini sendiri dapat menimbulkan komplikasi lain yang dapat memperburuk kualitas hidup pasiennya. Data dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende, tercatat bahwa jumlah penderita hipertensi pada tahun 2021 sebanyak 21 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 55 kasus dan di tahun 2023 tercatat sudah mencapai 32 penderita hipertensi. Berdasarkan laporan Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Ruangan RPD III hingga kini jumlah penderita hipertensi tercatat 78 kasus, dimana pada tahun 2021 sebanyak 14 kasus, pada tahun 2022 mengalami peningkatan

yakni sebanyak 43 kasus, sedangkan tahun 2023 sebanyak 21 kasus (Profil RSUD Ende, 2023).

Hipertensi dapat dipicu oleh faktor yang dapat dikontrol dan faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang tidak dapat dikontrol diantaranya seperti keturunan, jenis kelamin, dan usia. Sedangkan faktor yang dapat dikontrol diantaranya seperti obesitas, ketidakpatuhan terhadap diet hipertensi, stres, aktivitas fisik, dan merokok (Puspita et al., 2019).

Hipertensi yang tidak mendapat penanganan yang baik menyebabkan komplikasi seperti Stroke, Penyakit Jantung Koroner, Diabetes, Gagal Ginjal dan Kebutaan. Di Indonesia tahun 2019 penyakit Stroke (51%) dan Penyakit Jantung Koroner (45%) merupakan penyebab kematian tertinggi, dan dari sekian persen banyaknya penderita penyakit Jantung Koroner yang ada di Indonesia salah satu faktor resikonya adalah mereka yang mengalami Hipertensi terlebih dahulu. Penanggulangan hipertensi dimulai dengan perubahan gaya hidup. Diet rendah garam, termasuk menghindari makanan yang diawetkan dan penurunan berat badan pada obesitas, terbukti dapat mengendalikan tekanan darah (Junaidi, I., 2010). Hipertensi yang tidak mendapat penanggulangan yang baik menyebabkan komplikasi seperti stroke dan penyakit jantung. Maka dari itu penyuluhan mengenai penanggulangan hipertensi sangat penting dilakukan agar masyarakat mengetahui dan paham tentang penanggulangan hipertensi sehingga dapat mencegah dan menurunkan komplikasi dari hipertensi.

Untuk mengurangi angka kejadian hipertensi, Pemerintah melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Harapannya, seluruh komponen bangsa dengan sadar mau membudayakan perilaku hidup sehat dimulai dari keluarga. Germas dilakukan dengan melakukan aktifitas fisik, menerapkan perilaku hidup sehat, konsumsi pangan sehat dan bergizi, melakukan pencegahan dan deteksi dini penyakit, meningkatkan kualitas lingkungan menjadi lebih baik, dan meningkatkan edukasi hidup sehat. Kementerian Kesehatan mengimbau seluruh masyarakat agar melakukan deteksi dini hipertensi secara teratur. Selain itu juga menerapkan pola hidup sehat dengan perilaku CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stres) (Kemenkes, 2018)

Upaya yang dilakukan RSUD Ende di ruangan RPD III pada penderita hipertensi yaitu dengan melakukan pemantauan tanda tanda vital, mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, mengatur posisi semi fowler, membatasi aktivitas pada pasien, menganjurkan pasien melakukan diet rendah garam, dan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Adapun hambatan-hambatan yang dialami selama penanganan yakni pola pikir pasien dan keluarga yang tidak patuh menjalani pola hidup yang sehat, ketidakpatuhan minum obat, serta jarang memeriksakan kondisi kesehatan membuat sebagian pasien menjalani perawatan berulang.

Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran dalam mengubah perilaku untuk menghindari suatu penyakit atau memperkecil resiko dari penyakit yang diderita. Peran sebagai *educator* (pendidik), perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatannya. Selain itu adapun peran perawat sebagai *care giver* atau pemberian asuhan keperawatan adalah membantu penderita hipertensi untuk mempertahankan tekanan darah pada tingkat optimal dan meningkatkan kualitas kehidupan secara maksimal dengan memberikan intervensi asuhan keperawatan sehingga dapat memperbaiki kondisi kesehatan pasien. Perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memantau tanda-tanda vital pasien, pembatasan aktivitas tubuh, istirahat cukup, dan pola hidup yang sehat seperti diet rendah garam, gula dan lemak, dan berhenti mengkonsumsi rokok, alkohol serta mengurangi stress. Adapun peran perawat RSUD Ende dalam menyikapi masalah hipertensi, yaitu memberikan pendidikan kesehatan pada individu/pasien dan keluarga tentang makanan yang menyebabkan tekanan darah meningkat, tentang stress berlebihan yang akan menyebabkan tekanan darah juga meningkat, maka dari itu, perawat melakukan pendidikan kesehatan baik pada keluarga pasien baik pada pasien itu sendiri. Selain itu peran perawat dalam menangani pasien hipertensi adalah dengan memberikan asuhan keperawatan yaitu menganjurkan pasien menjaga pola hidup sehat.

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan oleh Murtiono pada tahun 2020 dengan judul Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hipertensi dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri, dimana tindakan yang dilakukan lebih memfokuskan ke bagian rasa nyaman nyeri. Tindakan yang dilakukan adalah dengan teknik relaksasi nafas dalam, yang diketahui mampu mempertahankan keelastisan otot sehingga menurunkan tekanan darah dan mengurangi rasa nyeri. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi, maka hasil evaluasi setelah hari ketiga perawatan yaitu terjadi penurunan tekanan darah disertai penurunan skala nyeri, hal ini dibuktikan dengan pasien yang mengatakan bahwa nyeri di bagian tengkuknya yang dirasakan mulai berkurang.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian hipertensi masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat hipertensi, dan kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit hipertensi maka penulis tertarik untuk melakukan studi khusus tentang "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende."

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah" Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende ?"

### **C. Tujuan**

Adapun tujuan dari studi kasus ini dibagi menjadi dua, yaitu:

#### 1. Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi di RSUD Ende

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus dalam perawatan pasien Hipertensi di RPD III RSUD ENDE

### **D. Manfaat Studi Kasus**

Adapun manfaat dari studi kasus ini adalah :

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil studi kasus ini dapat menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Hipertensi khususnya bagi mahasiswa/ mahasiswi jurusan keperawatan

## 2. Manfaat Praktik

- a. Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosa medis Hipertensi dan melakukan pencegahan terhadap penyakit Hipertensi.
- b. Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberi kontribusi dalam peningkatan status kesehatan masyarakat khususnya pasien melalui upaya promotif.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Teori Hipertensi**

##### 1. Pengertian

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah meningkat melebihi batas normal. Seseorang dikatakan hipertensi bila memiliki tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg, pada pemeriksaan yang berulang. (Perhimpunan dokter spesialis kardiovaskuler Indonesia (2015) dalam Hastuti, Apriyani Puji (2022).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi terganggu sampai ke jaringan tubuh. (Puspita et al, 2019).

Dari beberapa pengertian diatas, penulis menyimpulkan bahwa hipertensi adalah keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas rentang normal yaitu  $\geq 140/90$  mmHg.

##### 2. Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi dapat dibedakan menjadi dua jenis Joyce (2014) yaitu:

###### a. Hipertensi primer atau esensial

Tekanan darah tinggi primer tanpa penyebab yang pasti. Faktanya, lebih 90 % kasus tekanan darah tinggi yang dialami seseorang termasuk dalam kategori primer atau tidak tau penyebabnya.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder memiliki penyebab yang jelas, yaitu karena kondisi medis tertentu. Salah satu penyakit yang berkaitan erat dengan hipertensi ini adalah penyakit ginjal. Karena ginjal memiliki peran yang penting yaitu mensekresikan hormon renin yang berfungsi untuk mengontrol tekanan darah.

Tabel 1.1  
Klasifikasi tekanan darah untuk usia dewasa >18 tahun:

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Normal	120-129	80-84
2	Normal tinggi	130-139	85-89
3	Hipertensi		
	Grade 1 (Ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (Sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (Berat)	180-209	110-119
	Grade 4 (Sangat berat)	>210	>120

3. Etiologi

Penyebab terjadinya Hipertensi Ekasari (2021) dipengaruhi oleh dua faktor resiko yaitu faktor resiko yang tidak dapat diubah dan faktor resiko yang dapat diubah.

a. Faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah

1) Riwayat keluarga

Faktor genetik cukup berperan terhadap timbulnya hipertensi. Jika kita memiliki riwayat keluarga sedarah dekat (orang tua, kakak atau adik, kakek atau nenek) yang menderita hipertensi, maka kita memiliki resiko untuk mengalami hipertensi menjadi lebih tinggi.

## 2) Usia

Tekanan darah cenderung lebih tinggi seiring bertambahnya usia.

Hal ini disebabkan karena semakin bertambahnya usia, terutama usia lanjut, pembuluh darah akan secara alami menbal dan lebih kaku. Perubahan ini dapat meningkatkan resiko hipertensi

## 3) Jenis kelamin

Laki-laki lebih banyak mengalami hipertensi di bawah usia 55 tahun, sedangkan pada wanita lebih sering terjadi saat usia di atas 55 tahun. Setelah menopause, wanita yang tadinya memiliki tekanan darah normal bisa saja terkena hipertensi karena adanya perubahan hormonal tubuh.

### b. Faktor resiko hipertensi yang dapat diubah

#### 1) Pola makan tidak sehat

Kebiasaan mengonsumsi makanan tinggi garam atau makanan asin dapat menyebabkan terjadinya hipertensi. Begitu pula dengan kebiasaan memakan makanan yang rendah serat dan tinggi lemak jenuh.

#### 2) Kurangnya aktivitas fisik

Aktivitas fisik baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah. Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan yang meningkatkan resiko terjadinya tekanan darah tinggi.

#### 3) Kegemukan

Ketidakseimbangan antara asupan makanan dengan pengeluaran

energi menyebabkan kegemukan dan obesitas. Kelebihan berat badan taupun obesitas berhubungan dengan tingginya jumlah kolesterol jahat di dalam darah, sehingga dapat meningkatkan resiko hipertensi.

#### 4) Konsumsi alkohol berlebih

Konsumsi alkohol yang berlebihan dapat menyebabkan berbagai gangguan kesehatan. Termasuk di antaranya adalah hipertensi.

#### 5) Merokok

Merokok dapat merusak jantung dan pembuluh darah. Nikotin dapat meningkatkan tekanan darah, sedangkan karbon monoksida bisa mengurangi jumlah oksigen yang dibawa di dalam darah.

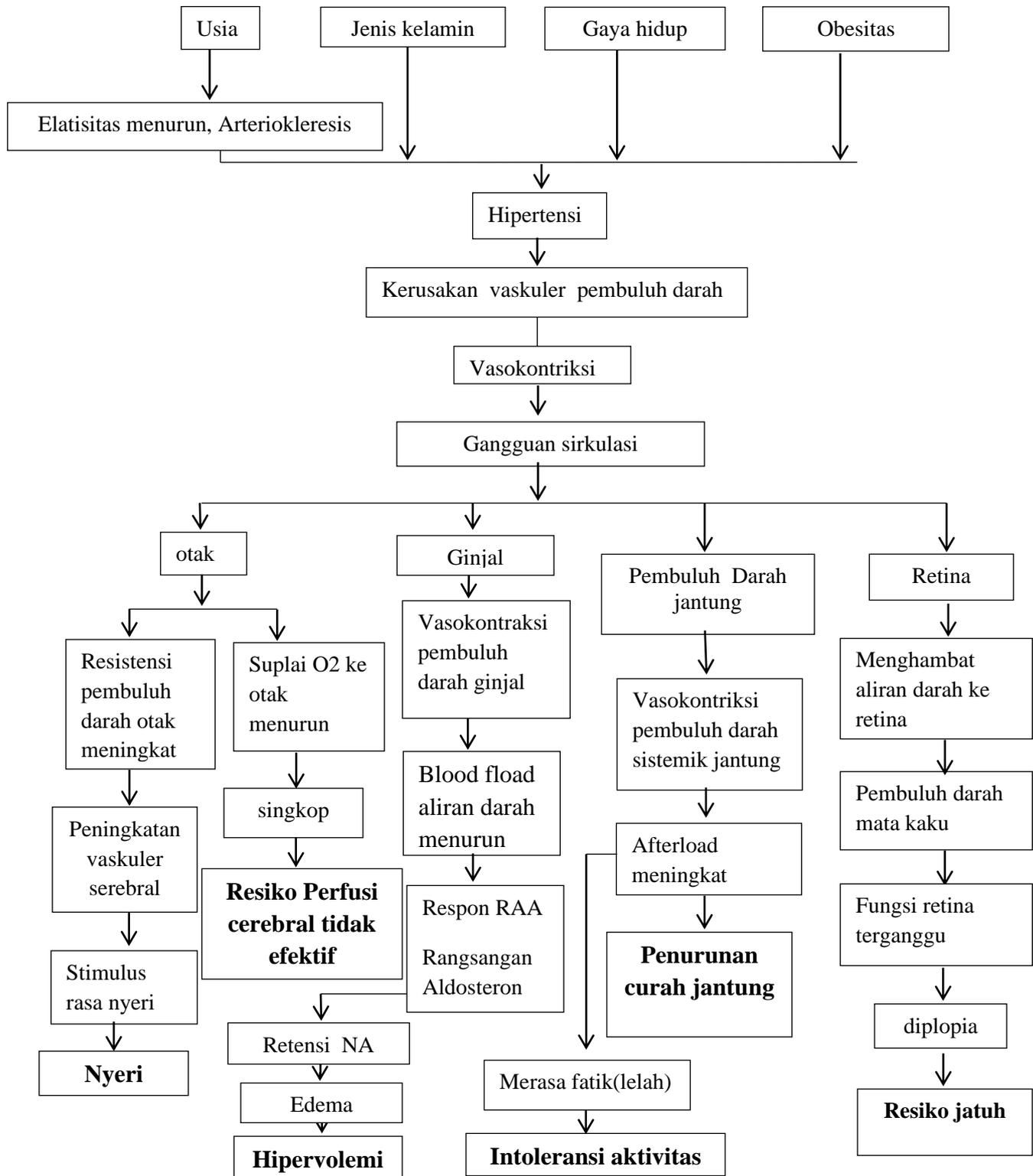
### 4. Patofisiologi

Beberapa faktor yang memicu hipertensi yaitu: usia, jenis kelamin gaya hidup dan obesitas. Semakin tinggi usia maka akan semakin tinggi tekanan darah karena karena kurangnya elastisitas pembuluh darah dan di usia 40 tahun ke atas sangat beresiko mengalami arteriosklerosis. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama akan mengakibatkan kerusakan vaskuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktural pembuluh darah sehingga dapat memicu penyumbatan pembuluh darah, jika sudah terjadi penyumbatan maka akan timbul vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah yang dimana jalur aliran darah menjadi lebih sempit dan akan mengganggu sirkulasi darah.

Jika sudah terjadi gangguan sirkulasi maka organ-organ tubuh seperti otak, ginjal, pembuluh darah jantung dan retina pada bagian mata akan menjadi targetnya. Jika terjadi sumbatan pada pembuluh darah otak maka resistensi pada pembuluh darah otak meningkat atau hambatan pada pembuluh darah otak meningkat sehingga akan terjadi peningkatan vaskuler cerebral yang akan menstimulus rasa nyeri, dan jika terjadi sumbatan pada pembuluh darah otak maka suplai  $O^2$  ke otak akan menurun dan terjadilah sinkop (penurunan kesadaran) sehingga pada tubuh akan mengalami resiko perfusi serebral. Pada ginjal juga akan mengakibatkan pembuluh darahnya menyempit sehingga aliran nutrisi ke ginjal terganggu dan mengakibatkan juga kerusakan pada sel-sel ginjal dan aliran darah pada ginjal menurun dan menstimulus respon Renin Angiotensin Aldosteron (RAA), yang dimana RAA adalah enzim yang dihasilkan oleh ginjal dalam membantu mengontrol tekanan darah dan bekerjasama menahan garam dan cairan dan apabila prosesnya tidak berjalan dengan baik akan mengakibatkan retensi Natrium (NA) dan menimbulkan edema. Pada pembuluh darah jantung gangguan sirkulasi dapat mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sistemik ginjal dan afterload akan meningkat sehingga volume darah yang dipompa menurun dan menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung. Dan jika afterload meningkat akan mengakibatkan rasa fatik atau lelah. Jika sirkulasi terganggu pada daerah mata maka akan menghambat aliran darah ke retina mata menyebabkan spasme arterioli pembuluh darah mata menjadi kaku

dan fungsi retina terganggu dan menimbulkan gangguan penglihatan diplopia (melihat dua bayangan dalam satu objek) sehingga bisa menimbulkan resiko jatuh pada penderita (Kardiyudiani, 2019).

## 5. Pathway



Pathway Hipertensi (Kardiyudiani, 2019)

## 6. Manifestasi Klinis

Hipertensi merupakan penyakit yang sering kali tidak disadari keberadaannya. Dalam banyak kasus, penyakit ini baru diketahui ketika sudah terjadi komplikasi berbahaya dapat berujung pada kematian. Menurut (Ekasari, 2021) manifestasi klinis hipertensi adalah sebagai berikut:

### a. Sering sakit kepala

Sakit kepala merupakan gejala hipertensi yang paling sering terjadi. Keluhan ini khususnya dirasakan oleh pasien dalam tahap kritis, dimana tekanan darah berada di angka 180/120 mmHg atau bahkan lebih tinggi lagi.

### b. Gangguan penglihatan

Gangguan penglihatan adalah salah satu komplikasi dari tekanan darah tinggi. Tanda hipertensi yang satu ini dapat terjadi secara mendadak atau perlahan. Ketika terjadi peningkatan tekanan darah, pembuluh darah mata dapat pecah. Hal ini menyebabkan penurunan penglihatan mata secara tajam dan mendadak.

### c. Mual dan muntah

Mual dan muntah adalah gejala darah tinggi yang dapat terjadi karena peningkatan tekanan di dalam kepala. Hal ini dapat terjadi akibat beberapa hal, termasuk perdarahan di dalam kepala.

### d. Nyeri dada

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini

dapat terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung.

e. Sesak napas

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan sesak nafas. Keadaan ini terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah.

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipertensi Agustin (2020) adalah sebagai berikut:

a. Laboratorium

Kemungkinan ditemukan Albuminuria pada pasien hipertensi karena kelainan parenkim ginjal, kreatinin dan BUN meningkat pada hipertensi karena parenkim ginjal dengan gagal ginjal akut

b. Elektrokardiografi

Pemeriksaan elektrokardiografi digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi resiko komplikasi kardiovaskuler. Biasanya pada penderita hipertensi ditemukan hipertrofi ventrikel kiri, iskemia atau infark miokard.

c. CT scan kepala

Pada pasien hipertensi terdapat kemungkinan terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan oksigen.

## 8. Komplikasi

Berikut adalah beberapa komplikasi hipertensi menurut Ekasari 2021 yang harus diwaspadai:

### a. Gangguan Jantung

Saat terjadi tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus, dinding pembuluh darah akan rusak perlahan-lahan. Kerusakan ini dapat mempermudah kolesterol untuk melekat pada dinding pembuluh darah. Semakin banyak penumpukan kolesterol, diameter pembuluh darah semakin kecil. Hal ini akan membuatnya lebih mudah tersumbat. Penyumbatan yang terjadi di pembuluh darah jantung dapat menyebabkan serangan jantung dan berisiko mengancam nyawa. Selain itu, pembuluh darah yang menyempit juga akan memperberat kerja jantung. Apabila kondisi ini tidak segera diobati, jantung yang terus bekerja keras dapat berujung kelelahan dan akhirnya lemah. Jika kondisi tersebut terus berlanjut, risiko gagal jantung bisa meningkat. Gagal jantung ditandai dengan gejala rasa lelah berkepanjangan, napas pendek, dan adanya pembengkakan pada kaki.

### b. Stroke

Kerusakan pembuluh darah pada jantung juga dapat terjadi pada bagian otak. Keadaan ini dapat menyebabkan penyumbatan, yang disebut dengan stroke. Tingkat kelangsungan hidup dan keparahan gejala stroke yang ditimbulkan tergantung dari seberapa cepat penderita

mendapatkan pertolongan. Tekanan darah tinggi juga diketahui berhubungan dengan demensia dan penurunan tingkat kognitif.

c. Emboli Paru

Selain pada otak dan jantung, pembuluh darah pada paru- paru juga dapat rusak dan tersumbat akibat tekanan darah tinggi yang tidak terkontrol. Apabila arteri yang membawa darah ke paru-paru tersumbat maka, akan terjadi emboli paru. Kondisi ini sangat serius dan membutuhkan pertolongan medis segera.

d. Gangguan Ginjal

Tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah di ginjal. Lama-kelamaan, kondisi ini membuat ginjal tidak dapat melakukan tugasnya dengan baik dan dapat berujung menjadi gagal ginjal. Orang dengan gagal ginjal tidak dapat memiliki kemampuan membuang limbah dari tubuh, sehingga membutuhkan tindakan cuci darah bahkan sampai transplantasi ginjal.

e. Kerusakan pada Mata

Tekanan darah tinggi dapat menyebabkan lapisan jaringan retina menebal. Padahal, lapisan ini berfungsi mengubah cahaya menjadi sinyal saraf yang kemudian diartikan oleh otak. Akibat hipertensi, pembuluh darah ke arah retina juga akan menyempit. Kondisi ini dapat mengakibatkan pembengkakan retina dan penekanan saraf optik, sehingga akhirnya terjadi gangguan penglihatan bahkan kebutaan.

## 9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi Agustina (2020) adalah sebagai berikut:

### a) Terapi farmakologi

#### 1) Diuretic Tiazide

Biasanya ini merupakan obat pertama yang diberikan untuk hipertensi. Diuretik membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan diseluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretic sangat efektif pada orang lanjut usia, orang-orang yang mengalami kegemukan, penderita gagal jantung atau penyakit jantung menahun.

#### 2).Penghambat adrenergik

Ini merupakan sekelompok obat yang terdiri dari *alfa-blocker*, dan *alfa-beta-blocker labetalol* yang menghambat efek sistem saraf simpatis.

#### 3). *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitor)*

Obat jenis menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan pembuluh darah. Obat seperti ini akan diberikan dengan pengawasan yang ketat dari dokter karena adanya efek samping terutama bagi mereka yang sudah memiliki penyakit komplikasi

### b) Terapi non farmakologis

#### 1) Penurunan berat badan

Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes.

## 2) Mengurangi asupan garam

Diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat kurang dari 2 dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/hari.

## 3) Olahraga

Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit/hari, minimal 3 hari/minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah.

## 4) Tidak mengonsumsi alkohol

Konsumsi alkohol berlebihan dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

## 5) Berhenti merokok

Merokok merupakan salah satu faktor resiko utama penyakit kardiovaskuler, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian umum yang dilakukan pada pasien dengan hipertensi menurut (Aspiani, 2016):

#### a. Pengumpulan data

Data spesifik yang dikaji pada pasien Hipertensi meliputi:

### 1) Identitas

- a) Usia : usia >30 tahun ke atas berpotensi lebih besar terkena hipertensi.
- b) Jenis Kelamin: Laki-laki lebih berpotensi mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita, dikarenakan beban kerja dan gaya hidup yang lebih sering mengonsumsi alkohol serta merokok.
- c) Tempat tinggal/alamat: wilayah yang paling beresiko ialah daerah pesisir pantai karena memiliki gaya hidup mengonsumsi natrium serta ikan dan hewan laut yang memiliki kadar kolesterol yang lebih tinggi.
- d) Pekerjaan: Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan akan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan hipertensi.
- e) Lingkungan: Kepadatan penduduk dan hunian rumah juga dapat memicu suatu suhu yang panas di wilayah tersebut. Paparan suhu panas yang tinggi mencapai 30<sup>0</sup> C atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau hipertensi.
- f) Pendidikan: Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami

### 2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien hipertensi adalah nyeri kepala sampai tengkuk. Keluhan umum lainnya adalah pusing.

### 3) Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan sekarang :

Pasien dengan hipertensi biasanya akan ditemukan:

Keluhan pusing nyeri kepala, lesu, pucat, tidak nafsu makan serta sakit pada daerah tengkuk, nyeri kepala setelah melakukan aktifitas, nyeri setelah mengkonsumsi makanan yang berkolestrol seperti daging ataupun merokok, lemah dan susah tidur karena nyeri

#### b) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering merasa kelelahan dan nyeri pada bagian tengkuk.

#### c) Riwayat kesehatan keluarga.

Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi

### 4) Pola Kesehatan Fungsional

#### a) Pola Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pada pasien hipertensi pemahamannya kurang dalam upaya memelihara kesehatannya seperti ketidakpatuhan dalam minum obat dan penggunaan obat steroid menjadi faktor timbulnya penyakit.

b) Aktivitas/istirahat

Pasien sering mengalami letih, kelemahan, frekuensi jantung lebih cepat, napas pendek, takipnea, perubahan irama jantung. Terdapat keluhan saat melakukan aktivitas.

c) Pola eliminasi

Biasanya pada pasien hipertensi tidak ada gangguan pada pola eliminasi tetapi pada hipertensi berat ataupun dengan komplikasi yang telah menyerang organ ginjal dapat menyebabkan adanya gangguan eliminasi urin.

d) Pola istirahat dan tidur

Akibat nyeri kepala yang dirasakan pasien hipertensi dapat menyebabkan terganggunya pola tidur.

e) Pola nutrisi dan metabolik

Pada pasien hipertensi ditemukan pasien mengatakan sering mengkonsumsi makanan dengan kandungan garam berlebih, lemak berlebih, serta tinggi kolestrol, adanya keluhan mual, muntah, dan perubahan berat badan.

f) Pola kognitif-preseptual sensori

Pada pasien hipertensi sering ditemukan keluhan pusing. Pembuluh darah pada mata mengalami penyempitan sehingga pada pasien hipertensi juga ditemukan keluhan gangguan pada mata, seperti penglihatan kabur.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien berharap tekanan darahnya bisa kembali normal. Pasien hipertensi sering ditemukan kesulitan untuk mengontrol emosinya.

h) Pola Peran Hubungan

Pada pasien dengan hipertensi berat terjadi perubahan pada pola peran hubungan karena kondisi yang dialami.

i) Pola Seksualitas- Reproduksi

Pada pasien hipertensi kemungkinan gairah seksual menurun karena keadaan fisik yang lemah dan kondisi lainnya.

j) Pola Koping- Toleransi Stress

Pada pasien hipertensi pola koping dan toleransinya terganggu karena cenderung merasa cemas dan emosi yang tidak stabil.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Pada pasien hipertensi nilai keyakinan kemungkinan meningkat seiring dengan harapan untuk mendapatkan kesembuhan dari Tuhan.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Biasanya pasien hipertensi keadarannya composmentis, pasien tampak meringis.

## b) TTV

Hasil tekanan darah >139/89 mmHg, napas cepat, nadi biasanya menjadi lebih cepat >100x/menit

Pemeriksaan fisik *head to toe*

## a. Kepala

Biasanya terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang

## b. Mata

Inspeksi : Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung, tampak loyo/layu atau kurang bersemangat, edema/papiledema (eksudat atau hemoragik) tergantung pada tingkat keparahan hipertensi

## c. Pemeriksaan leher

Inspeksi : Pembesaran vena jugularis.

Palpasi : Ditemukan adanya peningkatan nadi pada arteri karotis dan vena jugularis serta adanya distensi pada vena jugularis.

## d. Pemeriksaan Jantung

Palpasi : Denyut nadi meningkat, jantung takikardi/bradikardia.

Perkusi : Terdapat bunyi jantung gallop.

Auskultasi : Bunyi Jantung murmur dan gallop mengeras merupakan gejala dini dari CHF.

## e. Paru-Paru

Inspeksi : Bentuk dada simetris

Palpasi : Tidak ada retraksi dada.

Perkusi : Terdapat bunyi sonor

Auskultasi : Suara napas vesikuler

## f. Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : Warna kulit pucat.

Palpasi : Suhu dingin, CRT > 3 detik

## g. Pemeriksaan Ekstermitas

Inspeksi : Adanya edema, kelemahan pada ekstermitas

Palpasi : Adanya edema

## b. Tabulasi Data

Sakit kepala, gelisah, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, nyeri pada tengkuk, mudah lelah, ketidakmampuan untuk tidur, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, takikardia, distensi vena jugularis, warna kulit pucat, tampak meringis, tekanan darah meningkat, merasa lemah, rasa cemas berlebihan, jantung berdebar-debar, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) edema pada ekstermitas.

## c. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk,

pengelihatannya kabur, rasa cemas berlebihan, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea.

Data Objektif : Kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, suhu dingin, distensi vena jugularis, tampak pucat/kering, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) edema pada ekstermitas

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami pasien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

1) Data subjektif : Merasa lemah, dispnea

Data objektif : Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis.

Penyebab : Peningkatan Afterload

Masalah : Penurunan curah Jantung

2) Data subjektif : Tidak tersedia

Data objektif : Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Penyebab : Peningkatan tekanan darah

Masalah : Perfusi perifer tidak efektif

3) Data subjektif : Mengeluh nyeri

Data objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis waspada posisi menghindari nyeri, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis inflamasi, iskemia, neoplasma)

Masalah : Nyeri akut

4) Data subjektif : Mengeluh sesak napas, mual muntah.

Data Objektif : Tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.  
Edema pada ekstermitas

Penyebab : Kelebihan asupan cairan

Masalah : Hipervolemia

5) Data subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lelah.

Data objektif : Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambarang EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

Penyebab : Kelemahan

Masalah : Intoleransi aktifitas

6) Data Subjektif : Mengeluh penglihatan kabur, lelah dan pusing

Data Objektif : -

Penyebab : Gangguan penglihatan

Masalah : Resiko jatuh

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien hipertensi (A.Nurarif, 2015) dengan label diagnosa keperawatan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan Peningkatan afterload yang ditandai dengan

Data subjektif : merasa lemah, dispnea

Data objektif : Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) warna kulit pucat atau sianosis.

- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi yang ditandai dengan

Data subjektif : Sakit kepala

Data objektif : Tekanan darah meningkat

- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis inflamasi, iskemia) yang ditandai dengan

Data subjektif : Mengeluh nyeri

Data objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis

waspada posisi menghindari nyeri, gelisah  
frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

- d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang ditandai dengan

Data subjektif : Biasanya pasien mengeluh sesak napas, mual, muntah, edema pada ekstermitas

Data objektif : tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

Data subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lelah.

Data objektif : Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

- f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan yang ditandai dengan

Data Subjektif : Mengeluh penglihatan kabur, lelah dan pusing

Data Objektif : Tampak lemah

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan penyakit hipertensi menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Intervensi pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat kriteria hasil:

- 1) Takikardia menurun
- 2) Dispnea menurun
- 3) Pucat/sianosis menurun
- 4) Lelah menurun

#### Intervensi **Perawatan jantung**

- 1) Observasi :

- a) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)

Rasional: Dengan diketahui tanda dan gejala yang ditemukan maka intervensi atau tindakan yang ditetapkan adalah intervensi yang tepat

- b) Monitor tekanan darah

Rasional: Jika terjadi perubahan maka perlu diperhatikan apakah membaik atau memburuk, jika membaik maka tindakan bisa di teruskan jika memburuk harus di hentikan

c) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Ginjal berespon terhadap pe nurunan curah jantung dengan mereabsorpsi natrium dan cairan, output urin biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah lagi ke sirkulasi saat klien tidur.

d) Monitor saturasi oksigen

Rasional: Mengetahui apakah pasien sesak atau tidak.

e) Monitor keluhan nyeri dada

Rasional : Nyeri dada dapat menjadi salah satu tanda terjadinya penurunan curha jantung

f) Monitor EKG 12 sadapan

Rasional: Hasil EKG dapat menentukan

g) Monitor nilai labolatorium (elektrolit)

Rasional: Nilai labolatorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostik

2) Terapeutik

a) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman

Rasional : Posisi dapat mempengaruhi sirkulaasi pasien. Posisisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

- b) Berikan terapi relaksasi seperti teknik relaksasi napas dalam.

Rasional : Terapi relaksasi napas dalam yang diberikan dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang dan menurunkan tekanan darah

### 3) Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional: Dengan beraktivitas fisik menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi

- b) Anjurkan berhenti merokok

Rasional:

### 4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

Rasional : Antiaritmia adalah obat yang digunakan untuk menangani kondisi aritmia atau ketika denyut jantung terlalu cepat/lambat atau tidak teratur

- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3 x 24 jam di harapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Tekanan Intrakranial menurun
- 2) Sakit kepala menurun
- 3) Pengisian kapiler membaik

4) Tekanan darah membaik

### Intervensi **Manajemen Peningkatan TIK**

1) Observasi

a) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK

Rasional : Untuk mengetahui tanda dan gejala dari peningkatan  
TIK

b) Monitor MAP

Rasional : Untuk mengetahui tekanan rata-rata arteri.

c) Monitor status pernapasan

Rasional : Mengetahui adanya perubahan-perubahan pada status  
pernapasan

2) Terapeutik

a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan tenang.

Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman pasien akan  
merasakan rileks dan tenang

b) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Untuk membantu meningkatkan ekspansi paru dan  
membantu pernapasan

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis  
inflamasi, iskemia, neoplasma)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam  
diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Tidak tampak meringis
- 3) Tidak tampak gelisah
- 4) Tidak tampak protektif
- 5) Tidak kesulitan tidur

#### Intervensi **Manajemen Nyeri**

- 1) Observasi
  - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.  
  
Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan
  - b) Identifikasi skala nyeri  
  
Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan
  - c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  
  
Rasional : Agar dapat menghindari faktor yang dapat memperberat dan memperingan nyeri
  - d) Monitor efek samping penggunaan analgetik  
  
Rasional : Untuk menghindari terjadinya komplikasi penggunaan analgetik
- 2) Terapeutik
  - a) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri  
  
(Teknik relaksasi nafas dalam.)

Rasional: Teknik relaksasi nafas dalam membantu menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri.

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional : Mengurangi faktor resiko yang memperberat nyeri

- c) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Dengan difasilitasi istirahat dan tidur membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional : Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan

- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional : Dengan diajarkan strategi meredakan nyeri pasien mampu meredakan nyeri secara mandiri

- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional : Ketika nyeri yang dirasakan mulai parah pasien dapat memberi tahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan cepat

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional : Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi

peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit

d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Membrane mukosa lembap meningkat
- 2) Edema menurun
- 3) Asites menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi : **Manajemen Hipervolemia**

- 1) Observasi
  - a) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis, otopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat)

Rasional: Dengan diketahui tanda dan gejala yang ditemukan maka intervensi atau tindakan yang ditetapkan adalah intervensi tepat

- b) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: Setelah di identifikasi penyebabnya maka akan di berikan intervensi sesuai penyebabnya

- c) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Memastikan intake dan output cairan yang masuk

## 2) Terapeutik

## a) Batasi asupan cairan dan garam

Rasional: Membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh agar tidak menimbulkan komplikasi lain seperti Edema dan memperberat kerja jantung.

## 3) Kolaborasi

## a) Kolaborasi pemberian diuretik

Rasional : Dengan pemberian obat golongan diuretik membuang garam dan air dari dalam tubuh melalui urin.

## e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan lelah menurun.
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun

**Intervensi Terapi Aktivitas**

## 1) Observasi

## a) Identifikasi defisit tingkat aktivitas

Rasional: Mengetahui kemampuan aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien.

## b) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu

Rasional : Mengetahui kemampuan pasien untuk berpartisipasi

dalam aktivitas

- c) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas

Rasional:

2) Terapeutik

- a) Fasilitasi memilih dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial.
- b) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia
- c) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan

Rasional : Membantu pasien melakukan aktivitas

3) Edukasi

- a) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih

Rasional: Agar pasien dapat melakukan aktivitas yang dipilih secara mandiri

- b) Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atau partisipasi dalam aktivitas

Rasional: Dengan dukungan keluarga dapat memotivasi pasien untuk berpartisipasi dalam aktivitas

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, jika sesuai.

Rasional:

f. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh dari tempat tidur tidak terjadi
- 2) Jatuh saat berdiri tidak terjadi
- 3) Jatuh saat duduk tidak terjadi
- 4) Jatuh saat berjalan tidak terjadi
- 5) Jatuh saat dipindahkan tidak terjadi

Intervensi : **Pencegahan Jatuh**

- 1) Observasi
  - a) Identifikasi faktor resiko jatuh (mislnya. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropatik).

Rasional: Dengan mengidentifikasi faktor resiko jatuh dapat mencegah ataupun mengurangi resiko terjadinya cedera

- b) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh.

Rasional : Untuk memperkecil resiko jatuh

## 2) Terapeutik

- a) Modifikasi lingkungan pencahayaan, lantai, rumah dan perabotan rumah

Rasional: Modifikasi lingkungan seperti pencahayaan membantu klien dalam penglihatan lingkungan setempat.

## 3) Edukasi

- a) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

Rasional: Ketidak mampuan dalam berkonsentrasi dan menjaga keseimbangan tubuh dapat beresiko jatuh dan cedera.

## 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan dan diselesaikan sebagaimana yang telah digambarkan sesuai rencana keperawatan yang sudah dibuat.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diharapkan pada akhir studi kasus yaitu masalah Penurunan curah jantung dapat teratasi dimana ditemukan denyut jantung pasien normal, dispnea menurun, pucat menurun dan lelah menurun. Resiko perfusi serebral dapat teratasi dimana ditemukan tekanan intrakranial menurun, sakit kepala dan tekanan darah pasien membaik. Nyeri akut dapat teratasi dimana ditemukan keluhan nyeri menurun, pasien tampak meringis menurun, gelisah dan kesulitan tidur menurun. Hipervolemia dapat teratasi dimana ditemukan frekuensi nadi dan turgor kulit membaik, edema

menurun. Intoleransi aktivitas dapat teratasi dimana ditemukan keluhan lelah menurun, sesak nafas saat/ setelah aktivitas menurun. Resiko jatuh tidak terjadi dimana ditemukan pasien tidak terjatuh saat berdiri, duduk, maupun berjalan.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Jenis/ Rancangan/Desain Studi Kasus**

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Dalam hal ini objek yang diteliti yakni pasien dengan diagnosa medis Hipertensi yang di rawat di RSUD Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien Hipertensi di RSUD Ende.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus ini hanya berjumlah satu orang yakni Tn.P.S dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

#### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Istilah yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini yaitu Asuhan Keperawatan dan Hipertensi.

1. Asuhan keperawatan merupakan rangkaian tahapan dalam proses keperawatan dimulai dari pengkajian sampai evaluasi.
2. Hipertensi merupakan suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas batas normal yaitu  $\geq 140/90$  mmHg.

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende Jalan Prof. Dr.W.Z.Yohanes, pada tanggal 25-27 Juni 2024.

#### **E. Metode/ Prosedur Studi Kasus**

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian mengurus surat ijin penelitian dari kampus kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan penyakit dalam. Setelah mendapatkan ijin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan *Informed Consent* setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, melakukan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

##### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan selama proses asuhan keperawatan berlangsung mulai dari tahap pengkajian hingga pada tahap evaluasi. Untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial,

kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

## 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi

## 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan membaca serta mencatat hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan medis yang termuat di dalam status pasien.

### **G. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

### **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual pada studi kasus ini data diperoleh dari :

#### 1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi: biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu serta

hasil observasi dan pemeriksaan fisik pada pasien selama 3 hari perawatan di rumah sakit.

## 2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

### **I. Analisis Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan pada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus dimana penulis membandingkan kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di RSUD Ende.

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, dimana ruangan ini merawat pasien dengan masalah kesehatan pada organ dalam, salah satunya yaitu penyakit hipertensi. Ruang Penyakit Dalam III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan terdiri dari 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang gudang, 1 ruang pantry, memiliki 16 orang perawat, 1 orang admin dan 2 orang cleaning service.

##### **2. Pengkajian**

Studi kasus dimulai pada tanggal 25 hingga 27 Juni 2024. Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Juni 2024 melalui wawancara kepada pasien, keluarga pasien, dan perawat ruangan yang bertugas, serta dilakukan observasi dan pemeriksaan fisik yang diperoleh dari pasien dan studi dokumentasi yang bersumber dari catatan medis maupun keperawatan yang termuat dalam status pasien. Berikut data-data yang diperoleh :

###### **a. Identitas Klien**

Pasien berinisial Tn. P. S. berusia 47 tahun, beragama Katolik, beralamat di jalan Samratulangi, pekerjaan tukang ojek, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas, pasien sudah menikah. Penanggung jawab pasien adalah istrinya dengan inisial Ny. B.R. berusia 44 tahun, beralamat di jalan

Samratulangi, pekerjaan Ibu Rumah Tangga. Pada kasus hipertensi yang dialami Tn.P.S berkaitan dengan beberapa faktor resiko hipertensi yaitu faktor yang tidak dapat diubah dan faktor yang dapat diubah. Faktor yang tidak dapat diubah seperti usia, dimana Tn.P.S berusia 47 tahun yang dimana sudah tergolong dalam pra lansia. Tekanan darah cenderung lebih tinggi seiring bertambahnya usia. Hal ini disebabkan karena semakin bertambahnya usia, terutama usia lanjut, pembuluh darah akan secara alami menebal dan lebih kaku. Perubahan ini dapat meningkatkan resiko hipertensi. Faktor berikutnya yaitu faktor genetik dimana kasus hipertensi yang dialami Tn.P.S berkaitan dengan faktor genetik dikarenakan ayah dari Tn.P.S juga memiliki riwayat penyakit hipertensi. Kemudian ada juga faktor yang dapat diubah yaitu seperti faktor obesitas dimana pada kasus hipertensi yang dialami oleh Tn.P.S dikarenakan Tn.P.S tergolong dalam orang dengan obesitas (IMT: 29,2). Faktor berikutnya yaitu kebiasaan mengonsumsi alkohol dimana Tn.P.S mengatakan sering mengonsumsi alkohol yang juga menjadi salah satu faktor penyebab hipertensi yang dialaminya.

b. Status Kesehatan

a). Status Kesehatan Saat Ini

1). Keluhan Utama

Pasien mengatakan sakit kepala, pusing, nyeri pada tengkuk.

2). Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada Kamis tanggal 20 Juni pukul 00.10 pasien mengatakan merasa sakit kepala, pusing, dan nyeri

tengkuk setelah pulang mengonsumsi minuman keras di salah satu acara.

3). Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada hari Kamis tanggal 20 Juni pukul 00.10 saat pasien baru tiba dirumah setelah pulang dari suatu acara pasien langsung mengalami keluhan nyeri tengkuk, sakit kepala, pusing dan juga merasa lemah. Karena keluhan tersebut pasien langsung mengonsumsi obat captopril, namun karena tidak kunjung membaik pasien kemudian dibawa kerumah sakit dan masuk ke IGD sekitar pukul 00.30 dan mendapatkan penanganan. Pasien kemudian dipindahkan ke ruang rawat inap Ruang Penyakit Dalam III pada Jumatsekitar pukul 19.00, dan saat dikaji pada hari Selasa tanggal 25 Juni pasien masih merasakan keluhan yang sama.

4). Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien langsung mengonsumsi obat captopril.

b). Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah mempunyai riwayat penyakit stroke ringan di tahun 2015.

## 2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ini kali ketiga ia dirawat dengan keluhan yang sama yaitu pada tahun 2015, 2019, dan sekarang di tahun 2024.

## 3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi apapun baik alergi makanan, minuman, maupun obat-obatan.

## 4) Kebiasaan

Pasien mengatakan hingga sekarang pasien sering mengonsumsi alkohol. Sebelumnya juga sering merokok namun berhenti merokok di tahun 2015.

## c). Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayahnya juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

## d). Diagnosa Medis dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi dan therapy yang didapat yaitu obat captopril.

### **3. Pola Kebutuhan Dasar**

#### a) Pola persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : Pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit stroke ringan. Pasien mengatakan setiap bulan biasanya ia memeriksakan diri ke Dokter Lily dan mendapatkan obat . Sebelumnya pasien rutin minum obat namun 2 bulan terakhir pasien tidak mengonsumsi obat tekanan darah tingginya karena pasien

berpikir bahwa keadaannya baik-baik saja. Pasien juga mengatakan bahwa ia sering mengonsumsi minuman beralkohol, pasien sudah tidak merokok sejak tahun 2015.

Keadaan saat ini : Pasien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan perlu pengobatan agar segera sembuh.

b) Pola Nutrisi- Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari, pasien makan nasi, ikan, sayur, telur, pasien tidak makan daging, biasanya makan satu porsi dihabiskan. Pasien minum 8 gelas air sehari( $\pm 2000$  cc).

Keadaan saat ini : pasien makan 3 kali sehari, makan nasi, ikan, sayur, dan minum air 8 gelas per hari ( $\pm 2000$  cc)

c) Pola Eliminasi

1) BAB

Kebiasaan sehari-hari : Pasien mengatakan biasanya BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna khas feses.

Keadaan saat ini : Pasien mengatakan selama dirawat ia BAB kemarin di hari Senin dengan konsistensi padat, warna khas feses.

2) BAK

Kebiasaan sehari-hari : Pasien mengatakan biasanya BAK 3-4 kali sehari, warna kuning, bau khas urin.

Keadaan saat ini : Pasien mengatakan ia BAK seperti biasa 3-4 kali sehari, warna kuning, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari : Pasien mengatakan bekerja sebagai tukang ojek. Pasien tidak mengalami keluhan apapun selama beraktivitas. Semua aktivitas pasien dapat dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini : Pasien mengatakan ia hanya dapat berbaring di atas tempat tidur karena merasa pusing saat berdiri atau berjalan. Aktivitas makan dan minum dapat dilakukan sendiri namun aktivitas lainnya dibantu oleh keluarga.

e) Pola kognitif dan Persepsi sensori

Pasien merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya beberapa hal pasien dapat menjawab dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini. Harga diri: Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluargaserta melakukan kembali aktivitas sehari-hari. Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai kepala rumah tangga dan seorang ayah. Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berumur 47 tahun, dan merupakan seorang suami dan ayah.

g) Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari pukul 22.00-05.00 dan istirahat siang pukul 13.00-14.00. Saat tidur maupun istirahat pasien tidak mengalami keluhan

Keadaan saat ini: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari pukul 21.00-05.00 dan istirahat siang pukul 14.00-15.00. saat tidur kadang terganggu karena kebisingan.

h) Pola Peran- Hubungan

Kebiasaan sehari- hari : Pasien adalah seorang kepala keluarga dan seorang ayah. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.

Keadaan saat ini : Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan.

i) Pola Toleransi Stress- Koping

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah pasien biasanya bercerita kepada istrinya.

j) Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama Katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

#### **4. Pemeriksaan Fisik**

- 1) Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda vital nadi : 78x/m, suhu : 36<sup>0</sup>C, pernapasan :

22x/m, tekanan darah : 150/80 mmHg, SPO<sub>2</sub> : 97%. Berat badan saat ini : 78 Kg, berat badan sebelum sakit : 78 Kg, tinggi Badan : 163 cm. IMT: 29,4 (Kategori : obesitas)

## 2) Pengkajian Fisik

Kepala : Inspeksi : Bentuk kepala simetris, kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, Palpasi: tidak ada nyeri tekan, nyeri kepala sampai tengkuk. Wajah : Inspeksi : Wajah pasien tampak pucat, Mata : Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Palpasi: tidak ada edema. Hidung : Inspeksi : Tidak ada pernapasan cuping hidung. Mulut : Inspeksi: Membran mukosa pucat. Leher : Palpasi : Tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax, Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan. Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: peristaltik usus 22x/menit. Ekstremitas Atas : Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kanan, CRT<2 detik. Bawah : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan

## 3) Keluhan Subjektif nyeri

P : Nyeri dirasakan saat pasien bergerak

Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk- tusuk

R : Nyeri dirasakan di daerah kepala samapai tengkuk

S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang) (skala 0-10)

T : Nyeri dirasakan hilang timbul

#### 4) Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22Juni 2024

CHOLESTEROL TOTAL 201 mg/dL ( Nilai normal: <200 mg/dL)

HDL-CHOLESTEROL : 35 mg/dL (Nilai normal: >45 mg/dL)

LDL-CHOLESTEROL : 130mg/dL (Nilai normal: <130 mg/dL)

TRIGLISERIDA: 181 mg/dL (Nilai normal: <150 mg/dL)

#### 5) Terapi Pengobatan

Omeprazole 2×40gr/IV

Ceftriaxone 2×1gr/IV

Paracetamo 1 1×1gr/IV

Mecobalamin 2×500 mg/IV

Captopril 3×25 mg/Oral

### 5. Tabulasi Data

Pasien mengatakansakit kepala (nyeri) sampai tengkuk, nyeri lebih dirasakan saat bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri dirasakan hilang timbul. Pasien juga mengatakan merasa pusing, merasa cepat lelah setelah beraktivitas, pusing saat berdiri atau berjalan, Aktivitas makan dan minum dapat dilakukan sendiri namun aktivitas lainnya dibantu oleh keluarga, kadang tidurnya terganggu karena kebisingan,klien tampak sering menguap, tampak lingkaran hitam dibawah kantung mata,keadaan umum lemah, pasien tampak meringis, tampak

lemah, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga, TD: 150/90 mmHg, Suhu: 36°C, RR: 22×/mnt, SPO<sub>2</sub>: 99%.

## 6. Klasifikasi Data

Data Subjektif : pasien mengatakan sakit kepala ( nyeri ) sampai tengkuk, nyeri lebih dirasakan saat bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. merasa cepat lelah setelah beraktivitas, pasien mengatakan merasa pusing saat berdiri atau berjalan. Aktivitas makan dan minum dapat dilakukan sendiri namun aktivitas lainnya dibantu oleh keluarga, kadang tidurnya terganggu karena kebisingan.

Data Objektif : keadaan umum lemah, pasien tampak meringis, skala nyeri 6 (nyeri sedang), tampak lemah, klien tampak sering menguap, tampak lingkaran hitam dibawah kantung mata, tampak aktivitas dibantu oleh keluarga, TD: 150/90 mmHg, Suhu: 36°C, RR: 22×/mnt, SPO<sub>2</sub>: 99%

## 7. Analisa Data

- a) Data Subjektif : Pasien mengatakan sakit kepala (nyeri) sampai tengkuk, nyeri lebih dirasakan saat pasien bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk- tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Data Objektif :tampak lemah,pasien tampak meringis, skala nyeri 4, Nadi : 78×/menit.  
Etiologi : agen pencedera fisiologis. Problem : nyeri akut
- b) Data Subjektif : Pasien mengatakan merasa cepat lelah setelah beraktivitas, pasien mengatakan merasa pusing saat berdiri atau berjalan. Data objektif : Tampak lemah, tampak aktivitas pasien dibantu

keluarga, TD: 150/90 mmHg, RR: 22×/mnt, SPO<sub>2</sub>: 99%. Etiologi :kelemahan. Problem : intoleransi aktivitas

- c) Data subjektif : Pasien mengatakan kadang tidur terganggu karena kebisingan. Data objektif : pasien tampak lemah, klien tampak sering menguap, tampak lingkaran hitam dibawah kantung mata. TD: 150/90 mmHg. Etiologi : hambatan lingkungan. Problem : gangguan pola tidur
- d) Data Subjektif : Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing. Data objektif: TD : 150/90 mmHg, RR: 22×/mnt, S: 36, SPO<sub>2</sub>: 99%. Etiologi : hipertensi. Problem : resiko perfusi serebral tidak efektif

## **8. Diagnosa Keperawatan**

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Hipertensi d.d DS: Pasien mengatakan sakit kepala. DO: TD : 150/90 mmHg
- 2) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis d.d DS : pasien mengatakan sakit kepala (nyeri kepala) hingga tengkuk, nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk- tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul DO : pasien tampak meringis, skala nyeri 6, Nadi : 78×/menit.
- 3) Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan d.d DS : Pasien mengatakan merasa cepat lelah setelah beraktivitas, pasien mengatakan merasa pusing saat berdiri atau berjalan, DO : Tampak lemah, tampak aktivitas pasien dibantu keluarga, TD : 150/90 mmHg, Nadi : 78×/menit, RR: 22×/mnt, SPO<sub>2</sub>: 99%.

- 4) Gangguan Pola Tidur b.d hambatan lingkungan d.d DS:  
 Pasien mengatakan kadang-kadang tidur terganggu karena merasa bising, DO: Tampak lemah, klien tampak sering menguap, tampak lingkaran hitam dibawah kantung mata. TD : 150/90 mmHg, Suhu: 36°C, RR: 22x/mnt, SPO<sub>2</sub>: 99%.

## 9. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan adalah resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur.

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun, 2) Tekanan arteri rata-rata membaik, 3) Tekanan intrakranial membaik, 4) Tekanan darah sistolik membaik, 5) tekanan darah diastolik membaik. Intervensi : (1) Monitor MAP (*Mean Artery Pressure*) (2) Monitor status pernapasan (3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan

tenang. Rasional : Dengan lingkungan yang nyaman pasien akan merasakan rileks dan tenang. (4) Berikan posisi semi fowler. Rasional : Untuk membantu meningkatkan ekspansi paru dan membantu pernapasan. (5) Penatalaksanaan pemberian obat *ACE-Inhibitor* (Captopril 3×25 mg)

- b. Nyeri akut b. d agen pencedera fisiologis. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :1) Keluhan nyeri menurun, 2) Meringis menurun, 3)Frekuensi nadi membaik, 4)Tekanan darah membaik. Intervensi manajemen nyeri: (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Rasional : Menentukan tindakan yang tepat bagi klien dengan kondisi nyeri yang dirasakan. (2)Identifikasi skala nyeri. Rasional : Mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan pasien dan penanganan yang tepat). (3) Ajarkan teknik non-farmakologis untukmengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam). Rasional: Teknik relaksasi nafas dalam membantu menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri. (4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Rasional : Mengurangi faktor resiko yang memperberat nyeri. (5) Penatalaksanaan pemberian analgetik. Rasional : Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit.

- c. Intoleransi Aktivitas b.d kelemahan. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1) Keluhan lelah menurun, 2) Perasaan lemah menurun, 3) Frekuensi nadi membaik 4) Tekanan darah membaik. Intervensi (1) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas (2) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. Kunjungan) Rasional : Agar waktu tidur pasien tercukupi (3) Fasilitasi duduk di tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Rasional: Melatih aktivitas secara perlahan- lahan. (4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. (5) Anjurkan bedrest (6) Bantu dalam pemenuhan aktivitas (7) Anjurkan keluarga membantu pasien dalam beraktivitas
- d. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1) Keluhan sulit tidur menurun, 2) Keluhan sering terjaga menurun, 3) Keluhan istirahat tidak cukup menurun. Intervensi (1) Identifikasi faktor pengganggu tidur. Rasional : Mengetahui hal apa yang menyebabkan pola tidur terganggu. (2) Modifikasi lingkungan (mis: kebisingan). Rasional : Lingkungan yang baik, aman, dan tenang dapat menambah kualitas tidur yang baik. (3) Jelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit. Rasional : menambah energi untuk mempercepat proses penyembuhan.

## 10. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Tn. P.S. dilakukan selama 3 hari pada tanggal 25-27 Juni 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnose keperawatan.

### a. Hari pertama pada tanggal 25 Juni

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi. Jam 08.15 Memonitor MAP (*Mean Artery Pressure*), hasil: 110 mmHg. Jam 08.20 Memberikan pasien posisi semi fowler. Jam 10.15 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi pengunjung. Jam 12.10 Melayani obat oral captopril 25 mg.
- 2) Nyeri akut b.d. Agen Pencedera Fisiologis. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 150/90 mmHg, S: 36,<sup>0</sup>C, N: 78x/m, RR:22x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 08.20 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri. Hasil : Nyeri dirasakan di bagian kepala sampai tengkuk, nyeri seperti ditusuk tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri lebih dirasakan saat pasien bergerak. Jam 08.25 Mengidentifikasi skala nyeri, hasil : skala nyeri 6. Jam 09.10 Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, hasil: Pasien memperhatikan tetapi belum mengikuti Teknik yang diajarkan. Jam 11.15 Meminta keluarga pasien lain untuk tidak ribut dan meminta mengurangi jumlah

pengunjung didalam ruangan. Jam 12.00 Melayani Injeksi Paracetamol 1gr/IV.

- 3) Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 150/90 mmHg, N: 78x/m, RR:22x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 08.15 Mengkaji Tingkat aktivitas pasien, hasil : pasien mengatakan merasa lelah setelah beraktivitas, pasien merasa pusing saat berdiri atau berjalan. Jam 08.20 Membantu pasien bangun dari tempat tidur, 08.27 Menganjurkan pasien untuk bedrest, Jam 09.00 Menganjurkan pasien untuk aktivitas secara bertahap seperti miring kiri miring kanan. Jam 12.30 Melayani diet lunak rendah garam rendah lemak.
- 4) Gangguan Pola Tidur b.d hambatan lingkungan. Jam 08.00 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 150/90 mmHg, S: 36°C, N: 78x/m, RR:22x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 09.20 Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, hasil: Pasien mengatakan tidurnya terganggu karena kebisingan. Jam 10.00 Membatasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat.

**b. Hari kedua pada tanggal 26 Juni**

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi. Jam 07.35 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 140/90 mmHg, S: 36,3<sup>0</sup>C, N: 89x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 08.20 Memberikan pasien posisi semi fowler. Jam 07.50 Jam 08.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil: TD : 140/90 mmHg. Jam 08.42

Memonitor MAP (Mean Artery Pressure), hasil: 107 mmHg. Jam 10.15 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi pengunjung. Jam 11.45 Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa sakit kepala. Jam 12.35 Melayani obat captopril 25 mg.

- 2) Nyeri akut b.d. Agen pencedera fisiologis. Jam 07.35 mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 140/90 mmHg, S: 36,3<sup>0</sup>C, N: 89x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 08.20 Mengidentifikasi skala nyeri, hasil : skala nyeri 4. Jam 09.00 Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi napas dalam, hasil :pasien memperhatikan dan mengikuti teknik yang diajarkan. Jam 09.05 Meminta pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang telah diajarkan secara mandiri, hasil :pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri dan merasa lebih rileks. Jam 11.15 Meminta keluarga untuk tidak ribut dan meminta mengurangi jumlah pengunjung didalam ruangan, hasil: pasien dapat beristirahat. Jam 12.25 Melayani Injeksi Paracetamol 1gr/IV.
- 3) Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan. Jam 07.20 Memonitor aktivitas pasien : Pasien belum bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi karena masih merasa pusing saat berdiri maupun berjalan. Jam 07.35 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 140/90 mmHg, N: 89x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 08.15 Membantu

pasien berbaring dengan posisi semi fowler, 08.20 Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap seperti dari posisi berbaring lalu miring dan bangun ke posisi duduk. Jam 09.20 Menganjurkan kepada keluarga pasien agar membantu pasien jika ingin ke toilet atau melakukan aktivitas lainnya. Jam 12.20 Melayani diet lunak rendah garamrendah lemak.

- 4) Gangguan Pola Tidur b.d. Hambatan lingkungan. Jam 07.35 Mengukur vital sign pasien, hasil : TD : 140/90 mmHg, N: 89x/m, RR:20x/m, SPO<sub>2</sub>: 99%. Jam 11.15membatasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat. Jam 11.55 Menganjurkan pasien untuk beristirahat secukupnya.

### **c. Hari ketiga pada tanggal 27 Juni 2024**

Implementasi hari ketiga dilakukan dalam bentuk catatan perkembangan dan dilaporkan pada bagian evaluasi

## **11. Evaluasi Keperawatan**

- a). Evaluasi Keperawatan pada hari Selasa 25 Juni 2024 jam 13:50

- 1) Diagnosa I

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala dan pusing. Data Objektif: KU: Lemah, Tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg, RR: 24X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. Planning : Intervensi 1,2,3,4 dan 5 dipertahankan.

## 2) Diagnosa II

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih nyeri kepala sampai tengkuk, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri lebih dirasakan saat bergerak . Data Objektif :KU:Lemah, Pasien tampak meringis, skala nyeri 6, tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Nyeri akut belum teratasi. Planning: Intervensi 2, 3, 4 dan 5 dipertahankan.

## 3) Diagnosa III

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih merasa lelah setelah beraktivitas, masih merasa pusing saat berdiri, aktivitas pasien dibantu. Data Objektif: KU: Baik, tampak aktivitas pasien dibantu keluarga, Tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg, RR: 24X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment :Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi. Planning :Intervensi 2,3,4,5,6, dan 7 dipertahankan.

## 4) Diagnosa IV

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidurnya masih terganggu karena kebisingan. Data Objektif: KU: Lemah, Pasien tampak masih sering menguap, terdapat lingkaran hitam dibawah mata Tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Gangguan pola tidur belum teratasi. Planning :Intervensi 2 dan 3 dipertahankan

b). Evaluasi Keperawatan pada hari Rabu 26 Juni 2024 jam 13.50

1) Diagnosa I

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih merasa sakit kepala dan pusing. Data Objektif: KU: Lemah, Tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg, S: 36,4°C, RR: 24X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. Planning : Intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5 dipertahankan.

2) Diagnosa II

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri kepala sampai tengkuk mulai berkurang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan saat bergerak. Data Objektif : KU: Lemah, Pasien tampak meringis, Skala nyeri 3, Tanda-tanda vital: TD : 130/80 mmHg, N: 76x/ mnt. Assesment : Masalah Nyeri akut belum teratasi. Planning: Intervensi ,2,3,4 dan 5 dipertahankan.

3) Diagnosa III

Data Subjektif : Pasien mengatakan masih merasa lelah setelah beraktivitas, pasien masih merasa pusing saat berdiri ataupun berjalan, aktivitas pasien masih dibantu. Data Objektif: KU: Lemah, tampak aktivitas pasien dibantu keluarga, Tanda-tanda vital: TD : 130/80 mmHg, RR: 22X/mnt, N: 76x/ mnt. Assesment : Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi. Planning :Intervensi 2, 3, 4, 5, 6 dan 7 dipertahankan.

#### 4) Diagnosa IV

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidurnya masih terganggu karena kebisingan. Data Objektif: KU: Pasien tampak masih sering menguap, terdapat lingkaran hitam dibawah mata, lemah, Tanda-tanda vital: TD : 160/90 mmHg,N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Gangguan pola tidur belum teratasi. Planning : Intervensi 2 dan 3 dipertahankan.

### 12. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan dilakukan pada tanggal 27Juni 2024 dan diperoleh hasil :

#### 1) Diagnosa I

Jam 08.15. Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah tidak merasa pusing dan sakit kepala. Data Objektif: KU: Baik, Kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 140/80 mmHg, S: 36,2°C, RR: 20X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment: Masalah Resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi. Planning : Intervensi dipertahankan. Implementasi : Jam 10.50 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil: TD:140/80 mmHg. Jam 10.55 Memonitor MAP, hasil: 107 mmHg. Jam 11.15 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan cara membatasi pengunjung. Jam 10.20 Menganjurkan untuk melakukan Teknik relaksasi napas dalam jika merasa pusing atau sakit kepala lagi. Jam 12.10 Melayani obat oral captopril 25 mg. Evaluasi jam 13.00 : KU: Baik, Kesadaran

Composmentis, Pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa sakit kepala dan pusing, TD : 130/70 mmHg, S: 36,7°C, N: 74x/menit, RR: 22x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99%, Masalah Resiko Perfusi Serebral tidak efektif teratasi, Intervensi dihentikan.

## 2) Diagnosa II

Jam 08.20. Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri kepala sampai tengkuk mulai berkurang. Data Objektif : KU: Baik, Pasien tampak rileks, skala nyeri 2, Tanda-tanda vital: TD : 140/80 mmHg, RR: 20X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Nyeri akut Sebagian teratasi. Planning: Intervensi 2,3,4 dipertahankan. Implementasi : Jam 09.10 Menganjurkan kepada pasien untuk melakukan Teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, Jam 11.15 Membatasi pengunjung dan meminta keluarga untuk tidak ribut. Jam 12.00 Melayani Injeksi Paracetamol 1gr/IV. Evaluasi : Jam 13.00 KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri, pasien tampak rileks, TD : 130/70 mmHg, S: 36,7°C, N: 74x/menit, RR: 22x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99%, Masalah nyeri akut teratasi, Intervensi dihentikan.

## 3) Diagnosa III

Jam 08.20. Data Subjektif : Pasien mengatakan rasa lelah setelah beraktivitas mulai berkurang, rasa pusing saat berdiri atau berjalan berkurang, aktivitas pasien masih dibantu. Data Objektif : KU: Baik, Kesadaran composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 140/80 mmHg, S:

36,2°C, RR: 20X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Intoleransi Aktivitas belum teratasi. Planning : Intervensi 2,3, dan 4 dipertahankan. Implementasi : 09.45 Menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap. Jam 09.20 Menganjurkan kepada keluarga pasien agar tetap membantu pasien jika ingin ke toilet atau melakukan aktivitas lainnya. Jam 12.20 Melayani makan diet lunak rendah garam rendah lemak. Evaluasi jam 13.00 : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Pasien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktivitas, sudah tidak merasa pusing saat berdiri atau berjalan, tampak pasien melakukan aktivitas tanpa dibantu keluarga, TD : 130/70 mmHg, S: 36,7°C, N: 74x/menit, RR: 22x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99%, Masalah Intoleransi Aktivitas teratasi, Intervensi dihentikan.

#### 4) Diagnosa IV

Jam 08.20. Data Subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak. Data Objektif : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Tanda-tanda vital: TD : 140/80 mmHg, S: 36,2°C, RR: 20X/mnt, N: 72x/ mnt. Assesment : Masalah Gangguan pola tidur teratasi. Planning : Intervensi 2, 3 dipertahankan. Implementasi :Jam 11.20 Membatasi pengunjung di dalam ruangan untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat. Evaluasi jam 13.00 : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Pasien mengatakan tidurnya nyenyak, TD : 130/70 mmHg, S: 36,7°C, N: 74x/menit, RR:

22x/menit, SPO<sub>2</sub>: 99%, Masalah gangguan pola tidur teratasi, Intervensi dihentikan.

## **B. Pembahasan**

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan pelaksanaan (kasus nyata) yang ditemukan pada Tn.P.S di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Menurut Ekasari (2021) tanda dan gejala hipertensi yaitu sakit kepala, gangguan penglihatan, mual muntah, nyeri dada. Pada kasus Tn. P.S ditemukan klien mengeluh sakit kepala, pusing, dan nyeri pada tengkuk. Hal ini menunjukkan kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata Tn.P.S tidak mengalami keluhan gangguan penglihatan, yang kemungkinan tekanan darah yang dialami belum sampai merusak pada pembuluh darah mata dan tidak terjadi penebalan pembuluh darah disekitar retina sehingga pandangan menjadi kabur. Hal ini sesuai teori yang dikemukakan Agustanti, dkk mengatakan pada hipertensi berat akan terjadi retinopati dimana tekanan darah yang tinggi menyebabkan kerusakan pembuluh darah retina karena penyumbatan darah pada arteri dan vena retina.. Pada kasus Tn.P.S juga tidak ditemukan keluhan mual muntah. Mual muntah yang dialami oleh pasien hipertensi dikarenakan adanya

peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK), yang disebabkan oleh adanya perdarahan yang timbul akibat pecahnya pembuluh darah di kepala, dimana peningkatan TIK yang terjadi dapat menekan *Chemoreseptor Trigger Zone* (CTZ) pada medulla oblongata yang merupakan pusat muntah. Hal ini sejalan dengan teori Ekasari (2021) bahwa mual muntah terjadi karena peningkatan tekanan didalam kepala yang terjadi akibat beberapa hal termasuk perdarahan didalam kepala. Pada kasus Tn.P.S juga tidak ditemukan keluhan nyeri dada yang kemungkinan tidak terjadi penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Nyeri dada yang dirasakan oleh pasien hipertensi karena sudah terjadi penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung, sehingga mengurangi aliran darah dan oksigen jantung. Tekanan yang meningkat dan aliran darah yang berkurang ini dapat menyebabkan nyeri dada. Hal ini sejalan dengan teori Ekasari (2021) bahwa nyeri dada pada pasien hipertensi terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Adapun keluhan yang terdapat pada kasus Tn. P.S namun tidak terdapat pada teori yaitu keluhan sulit tidur, dimana Tn.P.S mengalami kesulitan tidur. Hal ini sesuai dengan teori menurut Oematan G, (2021) durasi waktu tidur yang kurang dari 8 jam/hari menyebabkan kadar leptin dalam darah menurun sehingga berpengaruh dalam sistem saraf simpatis yang mengakibatkan tekanan darah meningkat

Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari factor-faktor yang memperburuk keluhan seperti mengkonsumsi makanan berlemak dan asin, rutin

berolahraga dan mengontrol kesehatan di fasilitas kesehatan serta mengkonsumsi obat secara teratur.

## 2. Diagnosa Keperawatan

A. Nurarif (2015), diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi ada 6 diagnosa yaitu penurunan curah jantung, resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, hipervolemia, intoleransi aktivitas, dan resiko jatuh. Hal ini menunjukkan kesenjangan dimana pada teori terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus hanya ditemukan 4 diagnosa keperawatan. Masalah penurunan curah jantung tidak ditemukan pada kasus Tn.P.S tidak ditemukan keluhan yang menunjukkan terjadinya masalah penurunan curah jantung. Hal ini sesuai teori Nurarif (2015) yaitu dimana tanda-tanda terjadi penurunan curah jantung yaitu seperti ditemukan keluhan lelah dan dispnea (sesak nafas), serta pengisian kapiler lambat. Masalah hipervolemia tidak ditemukan karena pasien tidak mengalami edema pada ekstremitas. Hal ini sesuai teori Nurarif 2015 dimana tanda-tanda hipervolemia yaitu biasanya pasien mengeluh sesak napas, mual muntah, dan edema pada ekstremitas. Pada kasus Tn.P.S juga tidak ditemukan masalah resiko jatuh karena saat dikaji klien tidak mengalami gangguan pada penglihatannya yang berarti belum terjadi kerusakan atau penebalan pada pembuluh darah disekitar retina. Hal ini sejalan dengan teori Hartono (2011) dimana dikatakan bahwa Hipertensi menjadi sangat berbahaya ketika penderita tidak mengontrolnya karena jika terjadi dalam waktu yang lama akan dapat menimbulkan terjadinya

komplikasi penyakit seperti dapat menimbulkan penyakit jantung koroner, stroke, gagal ginjal maupun gangguan penglihatan. Selain itu juga pada kasus diangkat masalah baru yaitu gangguan pola tidur yang dimana pada teori tidak terdapat masalah gangguan pola tidur. Masalah gangguan pola tidur diangkat pada kasus karena pada kasus Tn.P.S mengeluh tidurnya kadang terganggu karena kebisingan. Hal ini sesuai dengan buku standar diagnosa keperawatan 2018 yang mengatakan bahwa gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal yang salah satunya disebabkan oleh hambatan lingkungan misalnya kebisingan dengan tanda dan gejala subjektif mengeluh sulit tidur.

Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita hipertensi akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan. Tanda dan gejala tiap orang berbeda sehingga menyebabkan perbedaan dalam penetapan masalah keperawatan.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi diangkat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien. Intervensi keperawatan pada Tn.P.S disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Intervensi pada kasus disesuaikan dengan intervensi pada teori dan sesuai kondisi pasien serta ditambahkan dengan 1 intervensi baru yaitu dukungan tidur sesuai dengan diagnosa baru (gangguan pola tidur).

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan dan disesuaikan dengan kondisi pasien. Semua pelaksanaan tindakan keperawatan pada Tn.P.S dilaksanakan selama 3 hari serta dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas kesehatan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi bertujuan untuk melihat sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan. Evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan dan melibatkan pasien dan keluarga. Dari evaluasi yang dilakukan pada tanggal 27 Juni 2024, masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sudah teratasi dibuktikan sudah tidak ada keluhan pusing dan sakit kepala, serta tekanan darah pasien mulai membaik. Pada diagnosa nyeri akut masalah sudah teratasi dibuktikan dengan pasien sudah tidak mengeluh nyeri, tidak menunjukkan ekspresi meringis. Pada diagnosa intoleransi aktivitas masalah sudah teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktivitas, tidak merasa pusing saat berdiri. Pada diagnosa gangguan pola tidur masalah teratasi dibuktikan dengan pasien sudah dapat tidur dengan nyenyak dan tidak merasa terganggu. Hal diatas menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara evaluasi yang ditetapkan pada teori dengan hasil evaluasi pada kasus Tn.P.S.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil studi kasus pada Tn.P.S dengan diagnose medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian ditemukan pasien mengatakan sakit kepala, pusing, nyeri pada tengkuk, merasa cepat lelah setelah beraktivitas, merasa pusing saat berdiri atau berjalan, dan pasien mengatakan tidurnya terganggu karena kebisingan. Kesadaran Composmentis, Keadaan umum lemah, tanda-tanda vital : TD: 150/90, nadi:78×/menit, suhu: 36°C, RR: 22×/menit.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn.P.S adalah Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn.P.S ditentukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan mulai dari observasi, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan, dan kolaborasi dengan tim medis.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn.P.S dengan diagnosa medis hipertensi berdasarkan 4 diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.

5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa semua masalah keperawatan teratasi.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Tn.P.S ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus nyata mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

## **B. Saran**

1. Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah hipertensi,

2. Bagi Klien dan keluarga

Diharapkan klien dan keluarga untuk terus mengikuti anjuran dan instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat. Keluarga diharapkan untuk terus memberikan dukungan dan motivasi kepada klien agar klien tidak merasa sendiri dalam mengatasi masalahnya.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 5 tahun terakhir dan praktek laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa.

## DAFTAR PUSTAKA

- A. Nurarif. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasar Diagnosa medis dan Nanda Nic-NOC. Jogjakarta : Mediacion Publishing
- Agustanti, D., Rahayu, D. Y. S., Festi, P., Hayati, W., Simanullang, p., & Wicaksono, K. E. (2023). Buku Ajar Keperawatan Keluarga (1st ed.). Mahakarya Citra Utama.
- Agustina, R. (2020). *Pedoman Pencegahan Penyakit Hipertensi*. Medan: CV. Kencana Emas Sejahtera.
- Agustin, B. Y. (2020). Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Dengan Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, Vol. 8.
- Ashenef.B, dkk.Gangguan Penglihatan dan Faktor Terkaitnya pada Pasien hipertensi di Rumah Sakit Rujukan Wilayah Amhara,Ethiophia.*Jurnal Oftamol Klinis*.2023
- Aspiani, R.Y. 2016. Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Dinkes Kabupaten Ende 2023. Kasus Hipertensi Di Kota Ende. Laporan Tahunan
- Dinkes NTT. 2022. Kasus Hipertensi di Nusa Tenggara Timur . Diambil pada 13 Januari 2024 dari Profil Kesehatan NTT. [www. Depkes. Co. Id](http://www.Depkes.Co.Id)
- Ekasari. 2021. *Hipertensi: Kenali Penyebab, Tanda Gejala Dan Penanganannya*. Jakarta : Poltekkes Kemenkes Jakarta, 2021.
- Hastuti, A.Puji (2022). HIPERTENSI.Jawa Tengah.Lakeisha
- Irwadi,dkk.2023."Penyuluhan Pada Pasien Hipertensi". *Jurnal Pengabdian Cendikia*
- Jabani,A.S,dkk.2021. Prevalensi dan Faktor Risiko Hipertensi Derajat 2 di Wilayah Kerja Puskesmas Poasia Kota Kendari.
- Junaidi, Iskandar.,2010.Hipertensi Pengenalan, Pencegahan, dan Pengobatan.Jakarta: PT Bhuana Ilmu Populer.
- Joyce. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8. Jakarta: Elsevier.
- Kardiyudiani, Ni Ketut,& Susanti, B. Ayu Dwi.(2019). Keperawatan Medikal Bedah 1 (I.Kusuma Dewi(ED)).Pt.Pustaka Baru.

Kemenkes RI, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2018

M.S. Sekunda, dkk. 2022. "Peran Kader dalam Pengendalian Hipertensi di Kabupaten Ende" *Kelimitu Nursing Journal Profil RSUD Ende* (2023)

Murtiono, (2020). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri*.

Oematan. G, O. &. (2021 a). Durasi Tidur Dan Aktivitas Sedentaria Sebagai Faktor Resiko Hipertensi Obesitik Pada Remaja Sleep Duration And Sedentary Activity As A Risk Factor For Obesity Hypertension In Adolescents. *Ilmu Gizi*.

PPNI. 2016. *Standar Diagnostik keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.

PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Persatuan Perawat Nasional Indonesia*.

Profil RSUD Ende, 2023

Puspita, T., Ernawati, E., & Rismawan, D. (2019). Hubungan Efikasi Diri dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 7(1), 32. Diambil pada 12 Desember 2023 dari <https://doi.org/10.36973/jkih.v7i1.159>

Riskesmas. (2018). Cetak Laporan Riskesdas NTT 2018. In *Laporan Riskesdas NTT 2018*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan.

Tim Pokja SDKI PPNI, 2016, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi Dan Indikator Diagnostik*. Jakarta, Dewan Pengurus PPNI.

Windi G. 2018 "Hubungan Antara Hipertensi Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Yang Berobat Di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado," *J. KESMAS*, vol. 7, no. 4, pp. 1–7.

Yuniati, F., dkk. *Buku Ajar Gerontik DIII Keperawatan*. Jakarta. Mahayakarya Citra Utama



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES KUPANG**



Direktorat :Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp : (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256 ; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. P.S DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD  
ENDE**

**A. Pengkajian**

**I. Pengumpulan data**

a. Identitas pasien

Nama	: Tn. P.S.
Umur	: 47 tahun
Agama	: Katolik
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status	: Sudah menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Tukang Ojek
Suku bangsa	: Indonesia
Alamat	: Jl. Samratulangi
Tanggal masuk	: 20/06/2024
Tanggal pengkajian	: 25/06/2024
No. Register	: 007150
Diagnose medis	: Hipertensi

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. B.R  
Umur : 44 tahun  
Alamat : Jl. Samratulangi  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Hubungan dengan klien : Istri

**II. Status Kesehatan**

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala, pusing, nyeri pada tengkuk.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada Kamis tanggal 20 Juni pukul 00.10 pasien mengatakan merasa sakit kepala, pusing, dan nyeri tengkuk setelah pulang mengonsumsi minuman keras di salah satu acara.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pasien mengatakan pada hari Kamis tanggal 20 Juni pukul 00.10 saat pasien baru tiba dirumah setelah pulang dari suatu acara pasien langsung mengalami keluhan nyeri tengkuk, sakit kepala, pusing dan juga merasa lemah. Karena keluhan tersebut pasien langsung mengonsumsi obat captopril, namun karena tidak kunjung membaik pasien kemudian dibawa kerumah sakit dan masuk ke IGD sekitar pukul 00.30 dan mendapatkan penanganan. Pasien kemudian dipindahkan ke ruang rawat inap Ruang Penyakit Dalam

III pada Jumatsekitar pukul 19.00, dan saat dikaji pada hari Selasa tanggal 25 Juni pasien masih merasakan keluhan yang sama.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien langsung mengonsumsi obat captopril.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan pernah mempunyai riwayat penyakit stroke ringan di tahun 2015.

2) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan ini kali ketiga ia dirawat dengan keluhan yang sama yaitu pada tahun 2015, 2019, dan sekarang di tahun 2024.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi apapun baik alergi makanan, minuman, maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol dll)

Pasien mengatakan hingga sekarang pasien sering mengonsumsi alkohol. Sebelumnya juga sering merokok namun berhenti merokok di tahun 2015.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayahnya juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

6) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Di Dapat Sebelumnya

Hipertensi dan therapy yang didapat yaitu obat captopril.

**III. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)**

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

**Sebelum sakit** : Pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit stroke ringan. Pasien mengatakan setiap bulan biasanya ia memeriksakan diri ke Dokter Lily dan mendapatkan obat . Sebelumnya pasien rutin minum obat namun 2 bulan terakhir pasien tidak mengkonsumsi obat tekanan darah tingginya karena pasien berpikir bahwa keadaannya baik-baik saja. Pasien juga mengatakan bahwa ia sering mengkonsumsi minuman beralkohol, pasien sudah tidak merokok sejak tahun 2015.

**Saat ini** : Pasien menyadari bahwa dirinya sedang sakit dan perlu pengobatan agar segera sembuh.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

**Sebelum sakit** : pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari, pasien makan nasi, ikan, sayur, telur, pasien tidak makan daging, biasanya makan satu porsi dihabiskan. Pasien minum 8 gelas air sehari ( $\pm 2000$  cc).

**Saat ini** : pasien makan 3 kali sehari, makan nasi, ikan, sayur, dan minum air 8 gelas per hari ( $\pm 2000$  cc).

c. Pola Eliminasi

1. BAB

**Sebelum sakit** : Pasien mengatakan biasanya BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, warna khas feses.

**Saat ini** : Pasien mengatakan selama dirawat ia BAB kemarin di hari Senin dengan konsistensi padat, warna khas feses.

2. BAK

**Sebelum sakit** : Pasien mengatakan biasanya BAK 3-4 kali sehari, warna kuning, bau khas urin.

**Saat ini** : Pasien mengatakan ia BAK seperti biasa 3-4 kali sehari, warna kuning, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

**Sebelum sakit** : Pasien mengatakan bekerja sebagai tukang ojek. Pasien tidak mengalami keluhan apapun selama beraktivitas. Semua aktivitas pasien dapat dilakukan secara mandiri.

**Saat ini** : Pasien mengatakan ia hanya dapat berbaring di atas tempat tidur karena merasa pusing saat berdiri atau berjalan. Aktivitas makan dan minum dapat dilakukan sendiri namun aktivitas lainnya dibantu oleh keluarga.

e. Pola kognitif dan Persepsi

Pasien merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya beberapa hal pasien dapat menjawab dengan baik, penglihatan pasien masih jelas.

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri : Pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini.

Harga diri: Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : Pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama keluargaserta melakukan kembali aktivitas sehari- hari.

Peran diri : Pasien mengatakan ia berperan sebagai kepala rumah tangga dan seorang ayah.

Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki berumur 47 tahun, dan merupakan seorang suami dan ayah.

g. Pola Tidur dan Istirahat

**Sebelum sakit** : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari pukul 22.00-05.00 dan istirahat siang pukul 13.00-14.00. Saat tidur maupun istirahat pasien tidak mengalami keluhan

**Saat ini** : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam dari pukul 21.00-05.00 dan istirahat siang pukul 14.00-15.00. saat tidur kadang terganggu karena kebisingan.

h. Pola Peran dan Hubungan

**Sebelum sakit** : Pasien adalah seorang kepala keluarga dan seorang ayah. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.

**Saat ini** : Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah pasien biasanya bercerita kepada istrinya.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama Katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

#### IV. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : lemah, tingkat kesadaran : composmentis, GCS : 15 ( E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda vital nadi : 78x/m, suhu : 36<sup>0</sup> C, pernapasan : 22x/m, tekanan darah : 150/80 mmHg, SPO<sub>2</sub> : 97%. Berat badan saat ini : 78 Kg, berat badan sebelum sakit : 78 Kg, tinggi Badan : 163 cm. IMT: 29,4 (Kategori : obesitas)

2) Pengkajian Fisik

**Kepala** : Inspeksi : Bentuk kepala simetris, kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, Palpasi: tidak ada nyeri tekan, nyeri kepala sampai tengkuk.

**Wajah** : Inspeksi : Wajah pasien tampak pucat, Mata : Inspeksi : Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Palpasi: tidak ada edema.

**Hidung** : Inspeksi : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

**Mulut** : Inspeksi: Membran mukosa pucat.

**Leher** : Palpasi : Tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

**Thorax** : Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/ m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi : Tidak ada nyeri tekan Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan.

**Abdomen** Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: peristaltik usus 22x/menit. **Ekstremitas atas** : Inspeksi : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kanan, CRT<2 detik. **Ekstremitas bawah** : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan

3) Keluhan Subjektif nyeri

P : Nyeri dirasakan saat pasien bergerak

Q : Nyeri dirasakan seperti tertusuk- tusuk

R : Nyeri dirasakan di daerah kepala samapai tengkuk

S : Skala nyeri 6 (nyeri sedang) (skala 0-10)

T : Nyeri dirasakan hilang timbul

4) Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 22Juni 2024

CHOLESTEROL TOTAL 201 mg/dL ( Nilai normal: <200 mg/dL)

HDL-CHOLESTEROL : 35 mg/dL (Nilai normal: >45 mg/dL)

LDL-CHOLESTEROL : 130mg/dL (Nilai normal: <130 mg/dL)

TRIGLISERIDA: 181 mg/dL (Nilai normal: <150 mg/dL)

5) Terapi Pengobatan

Omeprazole 2×40gr/IV

Ceftriaxone 2×1gr/IV

Paracetamol 1×1gr/IV

Mecobalamin 2×500 mg/IV

## LAMPIRAN 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



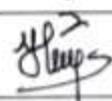
**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

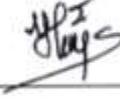
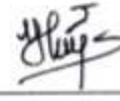
Nama : Emerensiana Juwana  
NIM : PO.5303202210007  
Nama Pembimbing : Yustina P.M. Paschalia S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	28/08/2023	Masukan Judul	1. ACC Judul 2. Setiap konsul harus membawa referensi	
2.	31/08/2023	BAB I	1. Perbaiki cover depan 3. Perbaiki spasi antara nama dan NIM 4. Perbaiki margins sesuai panduan 5. Buat besaran masalah hipertensi seperti piramida terbalik 6. Tambahkan dampak dari masalah 7. Tambahkan peran perawat 8. Tambahkan studi kasus terdahulu	
3.	05/09/2023	BAB I dan II	1. Perbaiki daftar daftar Pustaka 2. Sesuaikan referensi dibagian depan dengan daftar pustaka	
4.	20/09/2023	BAB II	1. Pelajari semua isi dari BAB II 2. Pemeriksaan Head to Toe	

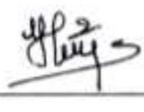
			3. Lanjutkan BAB III	
5.	27/09/2023	BAB I,II, dan III	Perbaiki Bab III ( Subjek studi kasus, Batasan istilah, lokasi dan waktu studi kasus	
6.	28/10/2023	BAB I dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki spasi di cover depan sesuai panduan</li> <li>2. Lihat Kembali huruf yang kurang</li> <li>3. Semua cetaakan asing dicetak miring</li> <li>4. Lengkapi data hipertensi di Indonesia</li> <li>5. Gunakan Bahasa yang baik dan nyambung dibagian data Dinkes dan RS</li> <li>6. Masukkan profil RSUD Ende di daftar Pustaka</li> <li>7. Hasil studi kasus terdahulu (Bagaimana saat peneliti melaksanakan studi kasus)</li> <li>8. Penomoran jangan manual</li> </ol>	
7.	28/10/2023	BAB I dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dibagian prevalensi walaupun kejadian menurun tetap diangkat menjadi masalah</li> <li>2. Koreksi Kembali kalimat Bab III</li> <li>3. Perbaiki prosedur studi kasus</li> <li>4. Dibagian Teknik pengumpulan data (wawancara bukan hanya saat pengkajian)</li> <li>5. Perbaiki data primer</li> </ol>	
8.	03/05/2024	BAB I-III	1. Ganti logo Poltekkes	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tambahkan lembar persetujuan dan kata pengantar</li> <li>3. Perbaiki tanda baca</li> <li>4. Tambahkan data Dinkes</li> <li>5. Studi kasus sebelumnya</li> <li>6. Sesuaikan referensi dengan daftar Pustaka</li> <li>7. Ganti diagnosa perfusi perifer menjadi perfusi serebral</li> <li>8. Pemeriksaan penunjang bukan hanya penjelasan tentang pemeriksaan penunjang tetapi juga kemungkinan yang dapat ditemukan pada pemeriksaan tersebut pada pasien hipertensi</li> <li>9. Perhatikan penomoran disemua tulisan</li> <li>10. Lengkapi pola Kesehatan fungsional</li> <li>11. Lengkapi pemeriksaan fisik yang spesifik pada pasien hipertensi</li> <li>12. Implementasi dan evaluasi keperawatan bukan hanya teorinya saja, tetapi dengan aplikatifnya</li> <li>13. Cetak miring tulisan asing</li> <li>14. (<i>inform consent</i>)</li> <li>15. Ganti Bahasa dibagian wawancara</li> <li>16. Lengkapi analisa data</li> <li>17. Lengkapi daftar pustaka</li> </ol>	
9.	07/05/2024	BAB I-III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki kata pengantar</li> <li>2. Perbaiki bagian</li> </ol>	

			kesimpulan dari prevalensi data dinkes 3. Daftar Pustaka dilengkapi 4. Lengkapi pola Kesehatan fungsional 5. Lengkapi pemeriksaan fisik 6. Perbaiki penomoran 1. 7. Aplikatifnya dari implementasi dan evaluasi keperawatan	
10	14/05/2024	BAB 1-III	1. Ketik lembar konsultasi 2. Tambahkan daftar isi 3. Di lembar persetujuan tambahkan tempat dan tanggal. 4. Tambahkan Peran perawat sebagai care giver 5. Lengkapi pola Kesehatan fungsional terkait hipertensi 6. 5. Rubah Bahasa metode prosedur studi kasus	
11	16/05/2024	BAB II	1. Perbaiki Lembar Persetujuan 2. Perbaiki Pola Kesehatan fungsional 3. Perbaiki Evaluasi Keperawatan 1. 4. Perbaiki Lembar Konsultasi	
12	16/05/2024		ACC. Siap Ujian Proposal	

13	21/05/ 2024	Konsul Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koreksi kembali semua penulisan.</li> <li>2. Sesuaikan referensi dengan daftar pustaka</li> <li>3. Tambahkan keluhan utama</li> <li>4. Bagian diagnosa keperawatan tambahkan sumber</li> <li>5. Lengkapi intervensi</li> <li>6. Bagaimana hipertensi di RSUD Ende ( Data, upaya-upaya, hambatan)</li> <li>7. Perbaiki Prosedur Studi Kasus</li> </ol>	
14	28/05/2024	Konsul Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan spasi</li> <li>2. Upaya di RSUD dan Ruang Penyakit Dalam III</li> <li>3. Di bagian BAB II Tambahkan sumber dari buku</li> <li>4. Lengkapi Intervens</li> </ol>	
15	04/06/2024	Konsul Revisi Proposal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi Upaya di RPD III (Tindakan Mandiri perawat)</li> <li>2. Sumber disesuaikan dengan daftar pustaka.</li> </ol>	
16	04/06/2024		ACC Lanjut Studi Kasus	
17	25/06/2024	Konsul Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi pengkajian</li> </ol>	
18	27/06/2024	Konsul Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lengkapi pengkajian-evaluasi dan ketik</li> </ol>	
19	03/07/2024	Konsul Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koreksi kembali semua penulisan</li> </ol>	

20	04/07/2024	Konsul Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki pengkajian</li> <li>2. Koreksi penggunaan huruf capital</li> <li>3. Lengkapi status kesehatan masalah</li> <li>4. Lengkapi pola-pola kebutuhan dasar</li> <li>5. Pengkajian fisik thoraks dan abdomen menggunakan IPPA</li> <li>6. Perbaiki keluhan subjektif nyeri</li> <li>7. Bagian therapy obat masukan dosis obatnya</li> <li>8. Masukan data-data spesifik untuk masing-masing diagnose</li> <li>9. Lengkapi intervensi</li> <li>10. Tambahkan penatalaksanaan untuk intervensi resiko perfusi serebral</li> <li>11. Perbaiki implementasi-catatan perkembangan</li> <li>12. Lanjut Pembahasan</li> </ol>	
21	11/07/2024	Konsul Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki pola persepsi</li> <li>2. Lihat kembali data-data</li> <li>3. Intervensi intoleransi aktivitas tambahkan untuk pemenuhan ADL</li> <li>4. Intervensi pada resiko perfusi tambahkan intervensi bagian observasi</li> <li>5. Pada pembahasan di bagian pengkajian masing- masing dilengkapi dengan data, opini, teori dan rekomendasi</li> <li>6. Perbaiki pembahasan dibagian diagnose</li> <li>7. Lengkapi evaluasi</li> </ol>	

			8. Lanjut BAB 5 9. Buat daftar pustaka, lembar konsul, lembar persetujuan, lembar pengesahan, dan abstrak	
22	16/07/2024		ACC Siap Ujian Hasil	
23	02/08/2024	Konsul Revisi KTI	1. Perbaiki implementasi dan evaluasi pada bagian pembahasan 2. Lengkapi Bab V dan daftar pustaka	
24	05/09/2024	Konsul Revisi KTI	1. Perbaiki implementasi dan evaluasi	
25	05/09/2024		Acc, jilid sesuai ketentuan	

Ende, 05 September 2024

Mengetahui  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



**ACH WAWONO, M.Kep. Ns., Sp.Kep.Kom**  
NIP. 19660114199102 1001

**LAMPIRAN 3**

**JADWAL KEGIATAN**

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September
Pengajuan Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I,II,III														
Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														

**LAMPIRAN 4****PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 085249564067

**Peneliti****Emerensiana Juwana**  
**NIM : PO5303202210007**

## LAMPIRAN 5

**INFORMED CONSET**

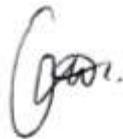
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Emerensiana Juwana dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 25 Juni 2024

Saksi



Ny. B.R

Yang Memberikan Persetujuan



Tn P.S

Peneliti



Emerensiana Juwana  
PO.5303202210007

<b>LAMPIRAN 6</b>
-------------------

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. Data Diri**

Nama : Emerensiana Juwana  
 Tempat/Tanggal lahir : Ende, 23 Januari 2003  
 Alamat : Jln. Adisucipto  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Katolik

**B. Riwayat Pendidikan**

1. SDI Ende 7 : 2008-2014
2. SMPK Maria Goretti Ende : 2014-2017
3. SMA Negeri 1 Ende : 2017-2020
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
 Program Studi D-III Keperawatan Ende : 2021-2024

**MOTTO**

**“JANGANLAH KHAWATIR AKAN HARI BESOK, KARENA HARI BESOK  
 MEMPUNYAI KEKHAWATIRANNYA SENDIRI”**