

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W DENGAN**  
**DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN**  
**PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**



**OLEH :**

**MARIA SCOLASTICA MAKO LO'A**  
**NIM. PO.5303202210058**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**  
**TAHUN 2023/2024**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W 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:**

**MARIA SCOLASTICA MAKO LO'A**  
**NIM. PO.5303202210058**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**  
**2023/2024**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Scolastica Mako Lo'a  
NIM : PO5303202210058  
Program Studi : D-III Keperawatan Ende  
Judul Karya Tulis : Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada  
Tn. B. W 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 tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 20 Agustus 2024

Yang membuat pernyataan



Maria Scolastica Mako Lo'a

NIM. PO.5303202210058

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH :

**Maria Scolastica Mako Lo'a**  
**NIM. PO5303202210058**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui  
oleh pembimbing untuk diujikan

Ende, 20 Agustus 2024

Pembimbing



**Dr. Sisilia Lenv Cahyani, S. Kep. Ns., MSc**  
**NIP. 197401132002122001**

Mengetahui

**Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende**



**Agus Yandono, M., Kep., Ns., Sp.Kep., Kom**  
**NIP. 196601141991021001**

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W DENGAN**  
**DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN**  
**PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

**OLEH:**

**MARIA SCOLASTICA MAKO LO'A**  
**PO5303202210058**

**Penguji Ketua**



**Marthina Bedho, S. ST., M. Kes**  
**NIP. 196006271985032001**

**Penguji Anggota**



**Dr. Sisilia Lenv Cahyani, S. Kep., Ns., MSc**  
**NIP. 197401132002122001**

Disahkan oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan End



**Agis Wawameo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom**  
**NIP.196601141991021001**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. B. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu:

1. Bapak Irfan, SKM., M. Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Ester Puspita Jelita, Selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep., Ns., MSc selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Martina Bedho, SST., M. Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

6. Keluargaku tercinta yang selalu mendukung dan memotivasi dalam perkuliahan.
7. Teman-teman yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat dan selalu memberikan motivasi.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini agar dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 20 Agustus 2014

Penulis

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Maria Scolastica Mako Lo'a  
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep. Ns., Msc

**Latar Belakang** Hipertensi adalah salah satu masalah yang cukup berbahaya di dunia, karena hipertensi merupakan faktor resiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal. (WHO, 2018).

**Tujuan** dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. B. W dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

**Metode** yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

**Hasil** pengkajian yang ditemukan pada Tn. B. W yaitu badan terasa lemah, leher tegang, pusing, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah, merasa cepat lelah setelah beraktivitas, kadang-kadang nyeri atau sakit kepala pada siang dan malam hari, mengeluh susah untuk tidur dan sering terbangun, memiliki riwayat hipertensi, pasien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga pasien selalu minum kopi dan alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan), makanan yang garamnya tinggi, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan), mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, pasien tampak lemah, tanda-tanda vital : TD = 214/116 mmHg, N = 87 x/menit, S = 36,8 °C, RR = 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> = 99 %. Diagnosa keperawatan pada Tn. B. W yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Tindakan dilakukan dari tanggal 30, 31, 01 Agustus 2024 yaitu enam diagnosa keperawatan yang muncul masalah. Masalah yang teratasi sebagian yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, nyeri akut, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas, ketidakpatuhan.

**Kesimpulan** dari studi kasus ini adalah masalah pada Tn. B. W belum teratasi. Saran untuk keluarga dan pasien harus mengetahui cara perawatan Hipertensi pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi.**



## ABSTRACT

### NURSING CARE FOR Mr. B. W WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSION IN THE INTERNAL MEDICINE ROOM RPD III OF ENDE REGIONAL HOSPITAL

Maria Scolastica Mako Lo'a  
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep. Ns., Msc

**Background** Hypertension is one of the most dangerous problems in the world, because hypertension is a major risk factor that leads to cardiovascular diseases such as heart attacks, strokes and kidney disease. (WHO, 2018).

**The purpose** of this writing is to provide nursing care to Mr. B. W with a medical diagnosis of Hypertension in the Internal Medicine Room III of the Ende Regional General Hospital.

**The method** used in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach that includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

**The results** of the assessment found in Mr. B. W were a weak body, tense neck, dizziness, left and right legs felt sore and weak, felt tired quickly after activities, sometimes had pain or headaches during the day and night, complained of difficulty sleeping and often woke up, had a history of hypertension, the patient did not understand about hypertension so the patient always drank coffee and alcohol, often smoked, ate oily foods (coconut milk), foods high in salt, left and right leg muscle strength 4 (able to fight gravity and can withstand a little resistance given), panda eyes, pale conjunctiva, dry lip mucosa, the patient looked weak, vital signs: BP = 214/116 mmHg, N = 87 x / minute, S = 36.8 ° C, RR = 20 x / minute, SpO<sup>2</sup> = 99%. Nursing diagnosis for Mr. B. W namely the risk of ineffective cerebral perfusion related to increased blood pressure, the risk of decreased cardiac output related to changes in afterload, acute pain related to increased cerebral vascular pressure, disturbed sleep patterns related to environmental barriers, activity intolerance related to weakness, non-compliance related to inadequate understanding. Nursing interventions are in accordance with the nursing plan that has been intended to overcome the problems experienced by the patient. The implementation that has been carried out by the author to overcome the problems faced by the patient is in accordance with the planned intervention. Actions taken from 30, 31, 01 August 2024, namely six nursing diagnoses that emerged as problems. Problems that were partially resolved were the risk of ineffective cerebral perfusion, the risk of decreased cardiac output, acute pain, disturbed sleep patterns, activity intolerance, non-compliance.

**The conclusion** of this case study is that the problem of Mr. B. W has not been resolved. Suggestions for families and patients should know how to treat hypertension in patients and play an active role in the patient's healing process.

**Keywords : Nursing Care, Hypertension.**

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT 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>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat Studi Kasus .....	5
E. Metode Studi Kasus .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi .....	7
1. Definisi .....	7
2. Klasifikasi Hipertensi .....	7
3. Etiologi .....	9
4. Patofisiologi.....	10
5. Pathway .....	12
6. Manifestasi Klinis.....	13
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	13
8. Penatalaksanaan.....	14
9. Komplikasi .....	18
10. Pencegahan .....	21
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	22
1. Definisi .....	22
2. Kriteria Masalah .....	22

3. Faktor Yang Berhubungan .....	22
4. Masalah Keperawatan Pada Hipertensi .....	22
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	29
1. Pengkajian .....	29
2. Diagnosa Keperawatan .....	38
3. Intervensi Keperawatan .....	40
4. Implementasi Keperawatan .....	50
5. Evaluasi Keperawatan .....	50
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>51</b>
A. Desain Studi Kasus .....	51
B. Subyek Studi Kasus .....	51
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	52
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	52
E. Prosedur Studi Kasus .....	52
F. Teknik Pengumpulan Data .....	53
G. Instrument Pengumpulan Data .....	53
H. Keabsahan Data .....	53
I. Analisa Data .....	54
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>55</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	55
B. Pembahasan .....	105
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>115</b>
A. Kesimpulan .....	115
B. Saran .....	117
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>119</b>

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Hipertensi adalah salah satu masalah yang cukup berbahaya di dunia, karena hipertensi merupakan faktor resiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal. (WHO, 2018). Hipertensi juga merupakan salah satu tantangan besar di Indonesia dan kondisi yang sering muncul pada pelayanan kesehatan primer dengan memiliki resiko morbiditas serta mortalitas yang terus meningkat selaras dengan naiknya tingkatan tekanan sistolik dan diastolik yang diakibatkan oleh gagal jantung, stroke dan gagal ginjal. (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi secara global sekitar 972 juta jiwa (26,4%) dari total penduduk dunia. (WHO, 2018 dikutip dalam Ahmad Fariz Arifudin 2022). Prevalensi hipertensi di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2018, menyatakan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia  $\geq 18$  tahun sebesar 34,1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44.1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22,2%). Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 orang, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kasus kematian. Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%). Dari prevalensi kasus

hipertensi sebesar 34,1% diketahui bahwa 8,8% terdiagnosis hipertensi dan 13,3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32,3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan.

Salah satu daerah yang terdapat kasus hipertensi adalah Nusa Tenggara Timur. Hipertensi bahkan sebagai penyakit tertinggi ke-empat di Provinsi NTT. Hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai angka 7,2% atau 76.130 kasus. (Dinas Kesehatan NTT, 2022). Kabupaten Ende yang merupakan salah satu kabupaten di Nusa Tenggara Timur kejadian kasus Hipertensi pada tahun 2020 sebanyak 11.137 kasus dan pada tahun 2021 kasusnya meningkat sebanyak 18.824 kasus. Prevalensi kasus hipertensi pada tahun 2022 mengalami penurunan yakni 12.624 kasus, sedangkan pada tahun 2023 angka kasus hipertensi kembali mengalami peningkatan dengan rentang waktu 4 bulan terakhir ini sudah mencapai 13.455 kasus. (Dinkes Kabupaten Ende, 2023). Data penderita hipertensi di RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 21 orang dan pada tahun 2022 kasus hipertensi kembali mengalami peningkatan dengan jumlah kasus sebanyak 57 orang dan terakhir pada tahun 2023 dari bulan Januari-Agustus kasus hipertensi sebanyak 32 orang.

Menurut Hidayati (2018) fenomena ini disebabkan oleh karena adanya perubahan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat seperti merokok, mengkonsumsi makanan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas dan stress dapat beresiko mengalami hipertensi. (Hidayati, 2018). Dampak hipertensi secara

fisik dapat dilihat dengan adanya penyumbatan arteri coroner dan infrak, hipertrofi ventrikel kiri, gagal jantung, memicu gangguan serebrovaskuler dan arteriosclerosis coroner, serta menjadi penyebab utama kematian. Dampak secara psikologis pada penderita hipertensi diantaranya pasien mengatakan hidupnya tidak berarti akibat kelemahan dan proses penyakit hipertensi yang merupakan *long life disease*. (Prastika, Yuniar Dwi, 2021).

Penderita penyakit hipertensi setiap tahunnya terus mengalami peningkatan, termasuk di Indonesia. Sebagai salah satu solusi untuk mengendalikan penyakit hipertensi ini pemerintah melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas). Harapannya, agar seluruh komponen bangsa dengan sadar mau membudayakan perilaku hidup sehat yang dimulai dari keluarga. Germas dilakukan dengan melakukan aktivitas fisik, menerapkan perilaku hidup sehat, konsumsi makanan yang sehat dan bergizi, melakukan pencegahan dan deteksi dini penyakit, meningkatkan kualitas lingkungan menjadi lebih baik, dan meningkatkan edukasi hidup sehat. Kementerian Kesehatan menghimbau 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 aktivitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stress). (Kemenkes, 2018).

Perawat mempunyai tugas penting dalam bidang kesehatan keluarga, salah satunya adalah perawat memberikan edukasi/pendidikan kesehatan kepada pasien, keluarga dan masyarakat mengenai penyakit hipertensi dan bagaimana cara penanggulangannya. Perawat berperan dalam memberikan edukasi kepada masyarakat terkait peningkatan gaya hidup sehat seperti rajin melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, menghindari asap rokok, rajin melakukan aktivitas fisik, diet sehat dan seimbang serta mengelolah stress.

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 Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende ?”

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende melalui pendekatan proses keperawatan.

## 2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende diharapkan penulis dapat :

- a. Mengetahui teori hipertensi
- b. Mengidentifikasi pengkajian pada pasien hipertensi
- c. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi
- d. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien hipertensi
- e. Melaksanakan tindakan keperawatan dan membuat catatan perkembangan pada pasien hipertensi
- f. Mengevaluasi pasien dengan masalah keperawatan hipertensi
- g. Menganalisa kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ditemukan pada pasien hipertensi

## **D. Manfaat Studi Kasus**

### 1. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan informasi serta memperdalam keterampilan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

### 2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.



3. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi.

4. Bagi Perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

**E. Metode Studi Kasus**

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapat informasi yang berhubungan dengan hipertensi.

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen Pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan hipertensi.

3. Layanan Internet

Penulis menggunakan layanan internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang terkait dengan hipertensi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi**

##### **1. Definisi**

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana Hiper yang artinya berlebihan, dan Tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal. (Musakkar & Djafar, 2021).

Hipertensi adalah suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian. Seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg. (Nurmayni, dkk, 2021).

##### **2. Klasifikasi Hipertensi**

###### **a. Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Tingginya Tekanan Darah**

Berdasarkan tingginya tekanan darah, hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Hipertensi bordeline : tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/95 mmHg.
- 2) Hipertensi ringan : tekanan darah antara 160/95 mmHg dan 200/110 mmHg.

- 3) Hipertensi moderate : tekanan darah antara 200/110 mmHg dan 230/120 mmHg.
- 4) Hipertensi berat : tekanan darah antara 230/120 mmHg dan 280/140 mmHg.

b. Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan Penyebabnya

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi dua golongan yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

- 1) Hipertensi primer atau hipertensi esensial terjadi karena peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatis normal.
- 2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal merupakan hipertensi yang penyebabnya diketahui. Hampir semua hipertensi sekunder berhubungan dengan gangguan.
- 3) Sekresi hormon dan fungsi ginjal. Umumnya hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan penyebabnya secara tepat.

c. Hipertensi Pada Kehamilan

Pada masa kehamilan, seorang wanita dapat mengalami hipertensi. Hipertensi pada kehamilan umumnya terbagi menjadi 4, yaitu:

- 1) Preeklamsia, yaitu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kerusakan organ-organ, seperti kerusakan ginjal yang terlihat dari tingginya kadar protein pada urin (proteinuria).

- 2) Hipertensi kronik, yaitu hipertensi yang sudah ada sebelum wanita yang bersangkutan mengandung janin.
- 3) Preeklamsia pada hipertensi kronik, yaitu kondisi gabungan dari preeklamsia dan hipertensi kronik.
- 4) Hipertensi gestasional (hipertensi transein), yaitu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi tetapi tanpa adanya proteinuria. (Nurmayni, dkk, 2021).

### **3. Etiologi**

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

- a. Genetik : respon neurologi terhadap stres atau kelainan eksresi atau transport natrium.
- b. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stres karena lingkungan.
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arteriosklerosis pada orang tua serta penyempitan pada pembuluh darah.
- e. Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi disebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi

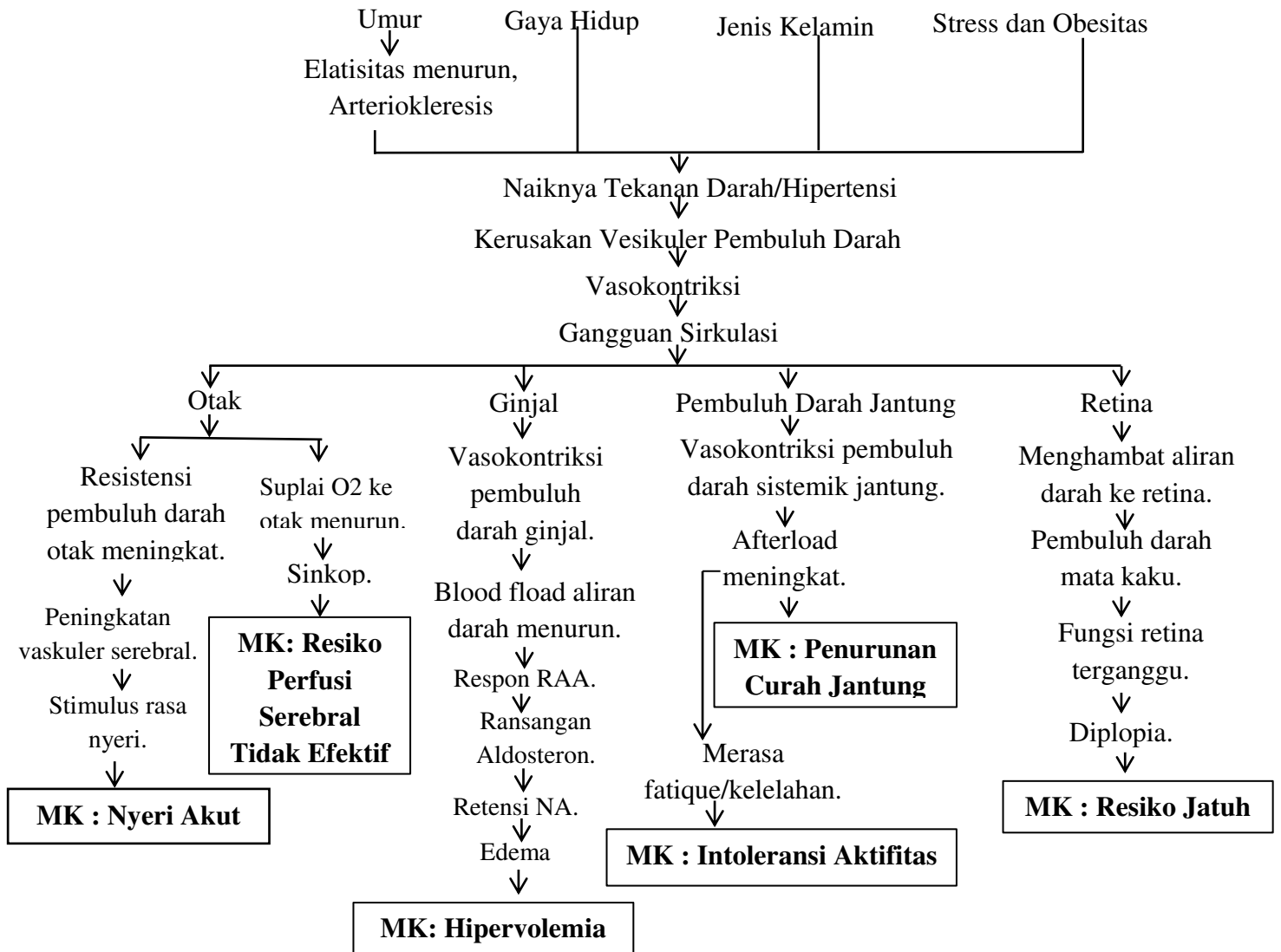
pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas pembuluh darah menghilang, karena terjadi kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi. (Yanti Anggraini, 2020).

#### **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 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<sub>2</sub> ke otak akan menurun dan terjadilah sinkop

(penurunan kesadaran) sehingga pada tubuh akan mengalami gangguan 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 bekerja sama menahan/mengikat 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. Jika afterload meningkat akan mengakibatkan rasa fatigue atau kelelahan. Jika sirkulasi terganggu pada daerah mata maka akan menghambat aliran darah ke retina mata dan menyebabkan spasme arteriol 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.

### 5. Pathway



Gambar 2.1: Pathway Hipertensi. (Sari, 2020)

## 6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pasien hipertensi antara lain:

- a. Meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg.
- b. Sakit kepala bagian belakang.
- c. Epistaksis atau mimisan.
- d. Mual dan muntah.
- e. Rasa berat di tengkuk.
- f. Sukar tidur.
- g. Nyeri dada
- h. Sesak napas
- i. Mata berkunang-kunang.
- j. Lemah dan lelah. (Ni Ketut & Brigitta Ayu, 2019)

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang untuk pasien hipertensi sebenarnya cukup dengan menggunakan tensi meter tetapi untuk melihat komplikasi akibat hipertensi, maka diperlukan pemeriksaan penunjang antara lain : (Kemenkes, 2016).

- a. Hemoglobin/hematokrit : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemi.
- b. *Blood urea nitrogen (BUN)/kreatinin* : untuk memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal



- c. Glukosa : untuk mengkaji adanya hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- d. Urinalisa : untuk mengkaji tekanan darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes mellitus.
- e. EKG : untuk menunjukkan pola regangan, dimana luas dan peninggian gelombang p adalah salah satu tanda dini jantung hipertensi.
- f. Foto thoraks : untuk mengkaji adanya pembesaran jantung.

## **8. Penatalaksanaan**

- a. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :
  - 1) Terapi oksigen
  - 2) Pemantauan hemodinamik.
  - 3) Pemantauan jantung
  - 4) Obat-obatan :
    - a) Diuretik : mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan eksresi garam dan airnya. Jenis obat diuretik seperti obat hidroklorothiazid dengan dosisnya 25 - 50 mg/hari, obat indapamide dengan dosisnya 1,25 - 2,5 mg/hari.
    - b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influks kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk saluran kalsium otot jantung, sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran

kalsium otot polos vaskular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium mempunyai kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.

- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin I atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II kondisi ini menurunkan darah secara langsung, dengan meurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosteron, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian meurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah degan efek bradykinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontra indikasi untuk kehamilan. Jenis obat inhibitor ACE seperti obat captopril dengan dosisnya 12,5 - 150 mg/hari, obat enalapril dengan dosisnya 5 - 40 mg/hari, obat perindopril dengan dosisnya 5 - 10 mg/hari, obat ramipril dengan dosisnya 2,5 - 10 mg/hari, dan obat lisinopril dengan dosisnya 10 - 40 mg/hari
- d) Antagonis (penyekat) Reseptor Beta ( $\beta$ -blocker) atau ARB, terutama penyekat selektif, bekerja di reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung. Jenis

obat Antagonis (penyekat) Reseptor Beta ( $\beta$ -blocker) atau ARB seperti obat candesartan dengan dosisnya 8 - 32 mg/hari, obat eprosartan dengan dosisnya 600 mmHg/hari, telmisartan dengan dosisnya 20 - 80 mg/hari, valsartan dengan dosisnya 80-320 mg/hari,

- e) Antagonis reseptor alfa (meghambat reseptor alfa di otot vascular yang secara normal berespons terhadap rangsangan simpatis dengan vasokonstriksi). Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya natrium, nitroprusida, noikardipin, hidralazin, nitrogliserin, dll.
- g) Hipertensi gestasiol dan preeklampsia-eklampsia membaik setelah bayi lahir. (Brunner & Suddarth, 2002).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan resiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolic dibawah 90mmHg dan mengontrol faktor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensin. (Mansjoer, 2002).

Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non farmakologis, antara lain :

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan/dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri, beberapa diet yang dianjurkan :

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vaskular.
- c) Diet kaya buah dan sayur.
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner.

2) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas, pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi penurunan berat badan adalah hal yang sangat

efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan BB 1kg/minggu sangat dianjurkan

3) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki tekanan jantung. Olahraga isotonik juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga seperti jalan kaki yang dilakukan dengan teratur sebanyak 30 menit minimal 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat.

5) Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

## **9. Komplikasi**

Menurut Ni Ketut dan Brigitta Ayu (2019), hipertensi dapat menimbulkan komplikasi pada organ-organ tubuh yang lain. Organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat hipertensi antara lain berupa pendarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah otak/stroke.

a. Stroke

Dapat terjadi akibat hemoragi tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

b. Infark Miokard

Dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

c. Gagal Ginjal

Dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

d. Ensefalopati (Kerusakan Otak)

Dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

e. Kejang

Dapat terjadi pada wanita preeklampsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

f. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung, maka makin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat

tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensi pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir.

## **10. Pencegahan**

Menurut Kemenkes (2021) risiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan:

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari).
- b. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu).
- c. Tidak merokok dan menghindari asap rokok.
- d. Diet dengan Gizi Seimbang.
- e. Mempertahankan berat badan ideal.
- f. Menghindari minuman alkohol. (Kemenkes, 2021).



## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### **1. Definisi**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2. Kriteria Masalah**

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu : kriteria mayor dan minor.

- a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.
- b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **3. Faktor Yang Berhubungan**

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **4. Masalah Keperawatan Pada Hipertensi**

Berikut ini adalah uraian dari masalah keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017) :

a. Penurunan Curah Jantung

**Definisi :**

Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

**Penyebab :**

- 1) Perubahan irama jantung
- 2) Perubahan frekuensi jantung
- 3) Perubahan kontraktilitas
- 4) Perubahan afterload

**Gejala dan Tanda Mayor :**

a) Subjektif :

- 1) Perubahan irama jantung (palpitasi)
- 2) Perubahan afterload (dispnea)
- 3) Perubahan kontraktilitas (*paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), ortopnea, batuk).

b) Objektif :

- 1) Perubahan irama jantung (bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi).
- 2) Perubahan afterload (tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis).
- 3) Perubahan kontraktilitas (terdengar suara jantung S3 dan/atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun).

### **Gejala dan Tanda Minor**

a) Subjektif :

- 1) Perubahan afterload (tidak tersedia)
- 2) Perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)
- 3) Perilaku/emosional (cemas dan gelisah)

b) Objektif :

- 1) Perubahan afterload (murmur jantung, berat badan bertambah)
- 2) Perubahan kontraktilitas (cardiac index (CI) menurun)
- 3) Perilaku/emosional (tidak tersedia)

b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

**Definisi :**

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

**Faktor Risiko :**

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa trombolastin persial. | 7) Aneurisma serebri.     |
| 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri.                                | 8) Dilatasi kardiomiopati |
| 3) Asterioklerosis aorta.   | 9) Embolisme              |
| 4) Diseksi arteri.  | 10) Hipertensi            |
| 5) Fibrilasi atrium.  | 11) Neoplasma otak        |
| 6) Tumor otak.  | 12) Infark miokard akut   |
|   | 13) Penyalahgunaan zat    |
|   | 14) Terapi trombolitik    |
|   | 15) Koagulopati           |

c. Nyeri Akut

**Definisi :**

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

**Penyebab :**

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

**Gejala dan Tanda Mayor**

a) Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

b) Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

**Gejala dan Tanda Minor**

a) Subjektif : (tidak tersedia)

b) Objektif :

- 1) Tekanan darah meningkat

- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri.

d. Hipervolemia

**Definisi :**

Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular.

**Penyebab :**

- 1) Gangguan mekanisme regulasi
- 2) Kelebihan asupan cairan dan kelebihan asupan natrium
- 3) Gangguan aliran balik vena

**Gejala dan Tanda Mayor**

a) Subjektif :

- 1) Ortopnea
- 2) Dispnea

b) Objektif :

- 1) Edema anasarka dan/atau edema perifer
- 2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat
- 3) Refleks hepatojugular positif

**Gejala dan Tanda Minor**

a) Subjektif : (tidak tersedia)

b) Objektif :

- 1) Distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali
- 2) Kadar Hb/Ht turun, oliguria, kongesti paru.

e. Intoleransi Aktifitas

**Definisi :**

Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari

**Penyebab :**

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton

**Gejala dan Tanda Mayor**

- a) Subjektif : mengeluh lelah
- b) Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

**Gejala dan Tanda Minor**

- a) Subjektif :
  - 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
  - 2) Merasa tidak nyaman saat setelah beraktivitas
  - 3) Merasa lemah
- b) Objektif :
  - 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
  - 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
  - 3) Sianosis

f. Resiko Jatuh

**Definisi :**

Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

**Faktor Resiko :**

1. Usia  $\geq 65$  tahun (pada dewasa) atau  $\leq 2$  tahun (pada anak)
2. Riwayat jatuh
3. Penurunan tingkat kesadaran
4. Perubahan fungsi kognitif
5. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina)
6. Gangguan keseimbangan
7. Neuropati
8. Hipotensi ortostatik
9. Kondisi pasca operasi
10. Gangguan pendengaran
11. Penggunaan alat bantu berjalan
12. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)

## **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian fokus pada pasien dengan hipertensi menurut Agustanti Dwi, dkk (2022) dalam buku Asuhan Keperawatan keluarga dan PTM meliputi :

#### **a. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

- a) Usia : semakin tua usia akan terjadi degenerasi sehingga rentan untuk terkena hipertensi.
- b) Jenis kelamin : laki-laki lebih rentan terkena hipertensi karena gaya hidup tidak sehat karena sering merokok dan minum minuman beralkohol.
- c) Pekerjaan : beban kerja yang semakin banyak dapat menimbulkan stress dan meningkatnya tekanan darah.
- d) Alamat : tinggal di lingkungan yang mempunyai kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol akan mempengaruhi orang rentan terkena hipertensi.
- e) Pendidikan : orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah tidak mengetahui tentang bahaya penyakit hipertensi sehingga mereka menganggap penyakit tersebut tidak berbahaya.

##### **2) Riwayat kesehatan**

- a) Riwayat penyakit sekarang : pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau



mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing.

b) Riwayat penyakit dahulu : Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering merasa kelelahan dan nyeri pada bagian tengkuk.

c) Riwayat penyakit keluarga : ada riwayat keluarga yang terkena hipertensi.

### 3) Pengkajian perpola

#### a) Pola Aktifitas/Istirahat

Gejala : kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

#### b) Pola Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis (penumpukan lemak pada dinding arteri), penyakit jantung koroner/katup dan penyakit serebrovaskular, episode palpitasi (detak jantung  $\geq 100$ x/menit).

Tanda : kenaikan TD (pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegakkan diagnosis), hipotensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat), nadi (denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis atau brakialis),

frekuensi/irama (takikardia), ekstremitas (perubahan warna kulit, suhu dingin/vasokonstriksi perifer).

c) Pola Neurosensori

Gejala :Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur), epistaxis/mimisan.

Tanda : status mental (perubahan pola bicara, proses berpikir, afek, memori/ingatan), respons motorik (penurunan kekuatan genggaman tangan).

d) Pola Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteri ekstremitas bawah), sakit kepala oksipital berat, nyeri abdomen.

e) Pola Pernapasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda : Distres respirasi/penggunaan otot aksesori pernapasan, bunyi napas tambahan (krakles/mengi) dan sianosis.

f) Pola Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini atau yang sudah lalu (seperti : infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu).

g) Pola Nutrisi/Cairan

Gejala : makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan yang tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti : makanan yang digoreng, keju, telur), gula-gula yang berwarna hitam, kandungan tinggi kalori, mual dan muntah, perubahan berat badan (meningkat/menurun).

Tanda : berat badan normal atau obesitas, adanya edema, kongesti vena, glikosuria (hampir 10% pasien hipertensi adalah diabetik).

h) Pola Integritas Ego

Gejala : riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia

atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral).

Tanda : gelisah, gerak tangan empati, otot muka tegang, gerakan fisik cepat, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara. (Marilynn E. Doengoes, Mary Frances Moorhouse & Alice C. Geissler, 1999).

#### 4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan- kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). Urutan pemeriksaan berjalan secara logis dari kepala ke kaki.

##### a) Keadaan Umum

Observasi tingkat distress pasien. Tingkat kesadaran harus dicatat dan dijelaskan. Evaluasi terhadap kemampuan pasien untuk berpikir secara logis sangat penting dilakukan karena merupakan cara untuk menentukan apakah oksigen mampu mencapai otak (perfusi otak). Kesadaran klien perlu dinilai secara umum yaitu compos mentis, apatis, somnolen, sopor, soporokomatous, atau koma.

##### b) Pemeriksaan Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti curah jantung, ketegangan arteri, dan volume, laju serta kekentalan (viskositas) darah. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik, dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90 mmHg.

c) Pemeriksaan Nadi

Pada pemeriksaan nadi dilakukan penilaian palpasi meliputi frekuensi, dan irama. Pada penderita hipertensi menunjukkan frekuensi nadi meningkat, serta irama nadi tidak teratur.

d) Pemeriksaan Vena Jugularis

Perkiraan fungsi jantung kanan dapat dibuat dengan mengamati denyutan vena jugularis di leher. Ini merupakan cara memperkirakan tekanan vena sentral, yang mencerminkan tekanan akhir diastolik atrium kanan atau ventrikel kanan (tekanan sesaat sebelum kontraksi ventrikel kanan). Vena jugularis diinspeksi untuk mengukur tekanan vena yang dipengaruhi oleh volume darah, kapasitas atrium kanan untuk menerima darah dan mengirimkannya ke ventrikel kanan, dan kemampuan ventrikel kanan untuk berkontraksi dan mendorong darah ke arteri pulmoner.

e) Pemeriksaan Jantung

1) Inspeksi

Pada bentuk dada “Veussure Cardiac” terdapat penonjolan setempat yang lebar di daerah precordium, di antara sternum dan apeks codis. Kadang-kadang memperlihatkan pulsasi jantung.

2) Palpasi

Impuls apical terkadang dapat pula dipalpasi. Normalnya terasa sebagai denyutan ringan, dengan diameter 1 sampai 2 cm. Telapak tangan mula-mula digunakan untuk mengetahui ukuran dan kualitasnya. Bila impuls apical lebar dan kuat, dinamakan sembulan (heave) atau daya angkat ventrikel kiri.

3) Perkusi

Kegunaan perkusi adalah menentukan batas-batas jantung.

4) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi jantung meliputi pemeriksaan bunyi jantung, bising jantung.

f) Pemeriksaan Paru-paru

1) Inspeksi

Tampak penggunaan otot bantu pernapasan

2) Auskultasi

Terdengar bunyi napas tambahan.

g) Ekstermitas

Biasanya CRT > 3 detik, akral teraba dingin, tampak pucat, ada edema.

**Tabel 1.1. Skala Kekuatan Otot**

<b>Skala</b>	<b>Nilai</b>	<b>Ket</b>
Normal	5/5	Mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh
Baik	4/5	Mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan
Sedang	3/5	Tidak mampu melawan gaya gravitasi
Buruk	2/5	Tidak mampu melawan gerak gravitasi (gerakan pasif)
Sedikit	1/5	Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian
Tidak ada	0/5	Tidak ada kekuatan otot

b. Tabulasi Data

Kelemahan, letih, dyspnea, tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, turgor kulit menurun, pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), tekanan darah meningkat, takipnea, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, kelelahan, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, penglihatan kabur, sesak napas, mual dan muntah, pucat, oliguria, keringat.

c. Klasifikasi Data

1) Data Subjektif : kelemahan, letih, dyspnea, pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, kelelahan, penglihatan kabur, sesak napas, mual dan muntah.

2) Data Objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, takipnea, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, pucat, oliguria, keringat.

d. Analisa Data

**Tabel 1.2. Tabel Analisa Data**

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<b>Data Subjektif :</b> kelemahan, letih, dyspnea. <b>Data Objektif :</b> tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis.	Peningkatan Afterload	Penurunan Curah Jantung
<b>Data Subjektif :</b> - <b>Data Objektif :</b> nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.	Peningkatan Tekanan Darah	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
<b>Data Subjektif :</b> pening/pusing berenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam). <b>Data Objektif :</b> tekanan darah meningkat, takipnea.	Peningkatan Tekanan Vaskular Serebral.	Nyeri Akut
<b>Data Subjektif :</b> dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, kelemahan, kelelahan, letih. <b>Data Objektif :</b> frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, sianosis.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktifitas



*Lanjutan Tabel 1.2. Tabel Analisa*

<b>Data Subjektif :</b> penglihatan kabur, kelelahan dan pusing.	Gangguan Penglihatan	Resiko Jatuh
<b>Data Objektif :</b> -		
<b>Data Subjektif :</b> sesak napas, mual dan muntah.	Kelebihan Asupan Cairan	Hipervolemia
<b>Data Objektif :</b> pucat, oliguria, keringat.		

### **Prioritas Masalah**

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload.
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.
- d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan.
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- f. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.

### **2. Diagnosa Keperawatan**

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload dibuktikan dengan :  
  
DS : kelemahan, letih, dyspnea.  
  
DO : 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 peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan :

DS : -

DO : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral dibuktikan dengan :

DS : pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

DO : tekanan darah meningkat, takipnea.

- d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dibuktikan dengan :

DO: sesak napas, mual dan muntah.

DO : pucat, oliguria, keringat.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan :

DS : dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, kelemahan, kelelahan, letih.

DO : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, sianosis.

- f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan dibuktikan dengan :

DS : penglihatan kabur, kelelahan dan pusing.

DO : -

### 3. Intervensi Keperawatan

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload ditandai dengan :

DS : kelemahan, letih, dyspnea.

DO : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung dapat teratasi.

Kriteria Hasil : tekanan darah menurun, lemah letih menurun, dyspnea menurun.

Intervensi :

#### Observasi

- 1) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, *proxymal nocturnal dyspnea*, peningkatan CVP)

Rasional : penurunan curah jantung akan berpengaruh terhadap sistemik tubuh, mengidentifikasinya dapat berguna dalam memberikan pengarahannya dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai tanda atau gejala yang muncul.

- 2) Monitor tekanan darah

Rasional : pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya.

- 3) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas

Rasional : mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi dalam keadaan normal sebelum dan sesudah melakukan aktivitas.

### **Terapeutik**

- 4) Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau nyaman

Rasional : Posisi semi fowler diberikan agar pasien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik dan merilekskan otot-otot.

- 5) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu

Rasional : memberikan terapi relaksasi dapat membantu mengalihkan perhatian pasien terhadap stress yang di rasakan sehingga stres dapat berkurang misalnya dengan terapi relaksasi napas dalam

- 6) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%

Rasional : peningkatan oksigen yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan miokard untuk melawan efek hipoksia dan iskemia.

### **Edukasi**

- 7) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional : posisi *bedrest* atau tirah baring diharapkan ekspansi dada lebih optimal dan beban kerja jantung berkurang

8) Anjurkan beraktivitas secara bertahap

Rasional : melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan :

DS: -

DO : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria Hasil : sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik.

Intervensi

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

### **Observasi**

1) Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya : tekanan darah meningkat).

Rasional : deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut.

2) Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*)

Rasional : dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler.

3) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*)

Rasional : mengetahui tekanan vena sentral, sebagai parameter tindakan resusitasi cairan dan mengetahui jumlah volume darah dan kecukupan cairan dalam tubuh pasien.

4) Monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*)

Rasional : agar dapat mendeteksi secara dini peningkatan tekanan intrakranial.

**Terapeutik**

5) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

Rasional : memberikan kenyamanan pada pasien.

6) Berikan posisi semi fowler.

Rasional : dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral.

7) Cegah terjadinya kejang

Rasional : agar tidak terjadi perburukan pada kondisi pasien.

**Kolaborasi**

8) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu

Rasional : pemberian anti konvulsan dapat membantu mengobati kejang.

9) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu.

Rasional : membantu menurunkan tekanan darah agar dalam kondisi normal.

c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral  
dibuktikan dengan :

DS : pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

DO : tekanan darah meningkat, takipnea.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah nyeri akut teratasi.

Kriteria Hasil : nyeri hilang/terkontrol.

### **Observasi**

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri

Rasional : berguna dalam pengawasan keefektifan obat, dan kemajuan penyembuhan.

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : menilai tingkat keparahan nyeri.

3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri agar nyeri berkurang.

4) Monitor efek samping penggunaan analgetik .

Rasional : mengetahui efek samping pemberian analgesic.

### **Terapeutik**

- 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan leher, teknik relaksasi napas dalam, dan aktifitas waktu senggang).

Rasional : Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral yang memperlambat respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan mengajarkan pasien teknik nonfarmakologis yang bertujuan untuk menurunkan skala nyeri, terapi yang dapat dipakai yaitu teknik relaksasi napas dalam.

- 6) Fasilitas istirahat dan tidur

Rasional : mengalihkan dan meredakan nyeri yang di alami pasien.

- 7) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. kebisingan)

Rasional : memberikan rasa aman dan nyaman.

### **Edukasi**

- 8) Jelaskan penyebab priode, dan pemicu nyeri

Rasional : pasien mengetahui tentang penyebab nyeri

### **Kolaborasi**

- 7) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional : pemberian terapi obat untuk mengurangi rasa nyeri.

(Marilynn E. Doengoes, Mary Frances Moorhouse & Alice C. Geissler, 1999).

- d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dibuktikan dengan :



DO : sesak napas, mual dan muntah.

DO : pucat, oliguria, keringat.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi.

Kriteria Hasil : sesak napas menurun, mual dan muntah menurun, membrane mukosa lembap meningkat, edema menurun, asites menurun, frekuensi nadi membaik, turgor kulit membaik.

Intervensi

### **Observasi**

- 1) 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,

- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia.

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

- 3) Monitor input dan output cairan.

Rasioanal : Memastikan intake dan output cairan yang masuk.

### **Terapeutik**

- 4) Batasi asupan cairan dan garam.

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

## **Kolaborasi**

### 5) Kolaborasi pemberian diuretik.

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

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan :

DS : dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, kelemahan, kelelahan, letih.

DO : frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, sianosis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil : pasien akan berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan, pasien akan melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur, pasien akan menunjukkan penurunan dalam tandan-tanda intoleransi fisiologi.

Intervensi

## **Observasi**

### 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional : Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan.

### 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif.

Rasional : membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas.

3) Monitor kelelahan fisik emosional

Rasional : mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosional pasien.

**Terapeutik**

4) Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kujungan)

Rasional : memberikan rasa nyaman bagi pasien.

5) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

Rasional : meningkatkan dan melatih masa otot dan gerak ekstermitas pasien.

6) Berikan aktivitas distreksi yang menenangkan

Rasional : mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien.

**Edukasi**

7) Anjurkan tirah baring

Rasional : istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali.

8) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.

Rasional : melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.

f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan dibuktikan dengan :

DS : penglihatan kabur, kelelahan dan pusing.

DO : -

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko jatuh dapat teratasi.

Kriteria Hasil : jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun.

Intervensi

### **Observasi**

1) 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.

### **Terapeutik**

2) Modifikasi lingkungan pencahayaan, lantai, rumah dan perabotan rumah.

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

### **Edukasi**

3) 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 adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan di selesaikan, sebagaimana di gambarkan dalam rencana yang sudah di buat.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan.

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Desain Studi Kasus**

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Rumah Sakit Umum Ende.

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

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah Hipertensi dengan kasus yang di kelola secara rinci. Adapun subyek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.

### C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

**Tabel 2.1. Definisi operasional**

No	Istilah	Definisi
1	Hipertensi	Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri yang mana tekanan sistoliknya $\geq 140$ dan diastoliknya $\geq 90$ mmHg.
2	Asuhan Keperawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

### D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan di lakukan selama 3 hari di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende mulai tanggal 30, 31 Juni sampai dengan 01 Agustus 2024.

### E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruangan RPD III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan infont consent.

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress- koping, pola nilai- kepercayaan.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui pengukuran tekanan darah pasien menggunakan tensimeter.

### 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan rumah sakit umum Daerah Ende.

## **G. Instrument Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

## **H. Keabsahan Data**

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga data dengan validasi tinggi.



## **I. Analisa Data**

Analisa data yang dikumpulkan 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 dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien Hipertensi.

## **BAB IV**

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

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

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

Studi kasus dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit tipe C milik pemerintah yang berada di jalan Prof Dr. W. Z. Yohanes. RSUD Ende memiliki berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : instalasi rawat jalan, instalasi rawat inap, instalasi gawat darurat, unit penunjang medis, unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari : poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisioterapi. Instalasi rawat inap terdiri dari ruangan perawatan penyakit dalam I & II, ruangan perawatan penyakit dalam III dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien yang memiliki penyakit dalam dengan jumlah ruangan ada 3 dan kapasitas untuk penampungan 6-7 orang dalam satu ruangan, ruangan perawatan kandungan dan kebidanan, ruangan perawatan anak, ruangan perawatan perinatal, ruang rawat intensif (ICU), ruangan paviliun dan ruangan perawatan khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, ruangan bedah sentral, ruangan bersalin/VK, elektromedis, dan fisioterapi. Sedangkan unit penunjang medis terdiri dari : bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian pelayanan keperawatan/kebidanan, Instalasi Pemeliharaan

Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

## **2. Pengkajian**

Pada tanggal 30 Juli 2024

### **a. Pengumpulan Data**

#### 1) Identitas Klien

Nama Tn. B. W usia 56 tahun klien beragama Katholik, status klien sudah menikah, Pendidikan terakhir SD, Pekerjaan Petani. Klien tinggal di Pemo-Mbotutenda, masuk rumah sakit pada tanggal 29 Juli 2024 dengan Diagnosa Medis Hipertensi. Penanggung Jawab klien Tn. Y. C usia 21 tahun, hubungan dengan klien ponakan kandung, alamat di Pemo-Mbotutenda.

#### 2) Status Kesehatan

##### a) Status Kesehatan Saat Ini

##### (1) Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah.

##### (2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tegang sejak 1 hari yang lalu, badan terasa lemah, pusing, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah, kadang-kadang nyeri atau sakit kepala pada siang dan malam hari, mengeluh susah untuk tidur dan sering terbangun.

### (3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit

#### Saat Ini

Klien mengatakan pada tanggal 29 Juli 2024 dari jam 09:00-11:00 klien kerja kebun seperti biasa dan saat pulang ke rumah pada pukul 14:00 tiba-tiba klien merasa pusing, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri tiba-tiba sakit dan lemah, kepala terasa sakit seperti tertusuk-tusuk, leher tegang. Keluarga klien mengatakan hanya menggosok dengan minyak kayu putih diseluruh badan, karena belum ada perubahan keluarga memutuskan langsung membawa klien ke Puskesmas Riaraja pada pukul 14:30 dan klien langsung dirujuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tanggal 29 Juli 2024 pukul 17:00 WITA. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter klien didiagnosa Hipertensi Urgency. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien langsung dipindahkan ke Ruang Penyakit Dalam III pada pukul 21:00 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

b) Status Kesehatan Masa Lalu

(1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan pernah diperiksa 2 tahun lalu yaitu pada tahun 2022 di Pustu Mbotutenda dan hasil tekanan darahnya 200/100 mmHg.

(2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

(3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

(4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan sering minum alkohol pada saat acara dan juga saat makan jagung atau pisang, merokok, selalu minum kopi pagi dan sore serta lebih suka makan makanan yang berminyak (santan).

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ada yang mengalami penyakit hipertensi yaitu istrinya.

### 3) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

#### a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga klien mengatakan sudah mengetahui bahwa klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, tetapi klien menganggap bahwa hipertensi hanyalah penyakit biasa. Klien mengatakan tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan, klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya.

#### b) Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Jenis makanan klien yaitu nasi, ubi, sayur (suka makan sayur santan dengan rasa garam yang tinggi), pisang, lauk (ikan, daging). Klien biasa minum air putih 6-7 gelas sehari  $\pm$  1500-1750 CC, minum kopi pagi dan sore 2 gelas/hari  $\pm$  500 CC, sering minum moka 4-5 gelas  $\pm$  100-200 CC.

Saat Sakit : klien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari, selalu menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan, jenis makanannya : nasi, sayur, lauk dengan

diet rendah garam dan juga buah pisang. Klien minum air putih 5-6 gelas/hari  $\pm$  1000-1500 CC.

c) Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB. Klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat Sakit : klien mengatakan sealama sakit belum pernah BAB dan BAK 5-6 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah petani dan setiap hari klien kerja kebun mulai dari jam 08:00-12:00 setelah itu pulang ke rumah untuk makan lalu kembali lagi ke kebun dari jam 15:30-17:00. Semua aktivitasnya bisa dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan lemah, pusing dan sesak napas.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengarannya maupun daya ingat.

f) Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur  $\pm$  7-8 jam, malam tidurnya dari jam 21:00-06:00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, kebiasaan klien sebelum tidur yaitu menonton TV dan saat siang hari klien jarang untuk tidur karena harus kerja kebun.

Saat Sakit : klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Klien mengatakan tidur siang  $\pm$  1 jam saja.

g) Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif dilingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.

h) Pola Neurosensorik

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba ataupun sakit kepala tiba-tiba ssat setelah bangun tidur.



Saat Sakit : klien mengatakan leher terasa tegang dan Klien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b) Tanda-tanda Vital

TD : 214/116 mmHg

S : 36,8° C

N : 87 x/menit

SPO<sup>2</sup> : 99 %

RR : 20 x/menit

c) Head To Toe

(1) Kepala :

(a) Rambut

Inspeksi : tampak bersih dan rambut berwarna hitam.

Palpasi : tidak ada benjolan ataupun luka.

(b) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris, klien tampak meringis.

(c) Hidung

Inspeksi : berbentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada epistaxis.

(d) Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata panda.

(e) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

(f) Telinga

Inspeksi : tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran.

(2) Leher

Inspeksi : tampak bersih.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

(3) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 20 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan.

(4) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Perkusif : terdapat bunyi tympany.

Auskultasi : bising usus 30 x/menit.

(5) Ekstremitas

(a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : CRT < 3 detik, tangan kiri dan kanan bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri dan kanan 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

(b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri tampak lemah, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

d) Keluhan Nyeri

P : klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak

Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut.

R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar.

S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10).

T: klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit.

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah Lengkap (30 Juli 2024)

**Tabel 3.1. Pemeriksaan Darah Lengkap**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	13.36 <sup>+</sup>	10 <sup>3</sup> /μL	3.80 – 10.60
LYMPH#	0.87 <sup>-</sup>	10 <sup>3</sup> /μL	1.00 – 3.70
MONO#	0.71 <sup>+</sup>	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 – 0.70
EO#	0.00	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 – 0.40
BASO#	0.02	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 – 0.10
NEUT#	11.76 <sup>+</sup>	10 <sup>3</sup> /μL	1.50 – 7.00
LYMPH%	6.5 <sup>-</sup>	%	25.0 – 40.0
MONO%	5.3	%	2.0 – 8.0
EO%	0.0	%	2.0 – 4.0
BASO%	0.1	%	0.0 – 1.0
NEUT%	88.1	%	50.0 – 70.0
IG#	0.04	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 – 7.00
IG%	0.3	%	0.0 – 72.0
RBC	5.29	10 <sup>3</sup> /μL	4.40 – 5.90
HGB	13,4	g/dL	13,2 – 17,3
HCT	39,9	%	40.0 – 52.0
MCV	75,4	fL	80.0 – 100.0
MCH	25.3	Pg	26.0 – 34.0
MCHC	33,6	g/dL	32.0 – 36.0
RDW-SW	39,4	fL	37.0 -54.0
RDW-CV	14,3	%	11.5 – 14.5
PLT	112 <sup>-</sup>	10 <sup>3</sup> /μL	150 – 450
MPV	9.7*	fL	9.0 – 13.0
PCT	0.11*	%	0.17 – 0.35
PDW	13.6*	fL	9.0 – 17.0
P-LCR	24.6*	%	13.0– 43.0

b) Pemeriksaan Faal Hati

**Tabel 3.2. Pemeriksaan Faal Hati.**

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	29 Juli 2024	23.1	0 – 35 U/L
SGPT/ALT	29 Juli 2024	23.0	4 – 36 U/L

c) Pemeriksaan Faal Ginjal

**Tabel 3.3. Pemeriksaan Faal Ginjal.**

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
UREUM	29 Juli 2024	34.8	10 – 50 mg/dL
CREATININ	29 Juli 2024	1.3	0.6 – 1.2 mg/dL

6) Penatalaksanaan/pengobatan

**Tabel 3.4. Penatalaksanaan/pengobatan.**

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi
Captopril	3 x 25 mg	Oral	Untuk menangani hipertensi esensial maupun hipertensi sekunder	Pemakaian captopril adalah adanya riwayat hipersensitivitas dengan obat ini.
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini.
Omeprazole	2 x 40 mg	IV	Digunakan pada berbagai kondisi medis yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung.	Pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.
Paracetamol	3 x 1 gr	IV	untuk meredakan gejala nyeri	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat.
Ondansetron	3 x 4 mg	IV	Obat untuk mencegah mual dan muntah	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat dan penggunaannya bersama obat apomorhin dan dronedarone
Mecobalamin	2 x 500 mg	IV	Untuk suplementasi vitamin B12	Pasien yang mempunyai riwayat reaksi alergi terhadap vitamin B12
Citicolin	2 x 500 mg	IV	Obat untuk mengatasi gangguan serebrovaskular,	Hipertonia sistem parasimpatik dan

Lanjutan Tabel 3.4. Penatalaksanaan/pengobatan

			trauma kepala.	hipersensitivitas terhadap citicolin
Ceftriaxone	2 x 1 gr	IV	Obat untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri.	Pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin.

#### b. Tabulasi Data

Klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa sakit dan lemah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan, klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit hipertensi, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang  $\pm$  1 jam saja. Klien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian

kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit. Keadaan Umum : klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat, SPO<sub>2</sub> = 99 %, RR = 20 x/menit, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan). Hasil Lab : WBC=13.36<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL, MONO#=0.71<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL , NEUT# =11.76<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL, HCT=39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.

### c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi, maka data kemudian diklasifikasikan kedalam 2 bagian yaitu :

**Data Subjektif :** Klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa sakit dan lemah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan

aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang  $\pm$  1 jam saja. Klien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P: klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit.

**Data Objektif :** Keadaan Umum : klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat, SPO<sup>2</sup> = 99 %, RR = 20 x/menit, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan), klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit hipertensi. Hasil Lab : WBC



=  $13.36 \times 10^3/\mu\text{L}$ , MONO# =  $0.71 \times 10^3/\mu\text{L}$ , NEUT# =  $11.76 \times 10^3/\mu\text{L}$ , HCT = 39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.

**d. Analisa Data**

**Tabel 3.5. Analisa Data**

<b>Sign/symptom</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Problem</b>
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan leher tegang dan sakit kepala.  <b>DO</b> : TD = 214/116 mmHg, Suhu = <math>36,8^\circ\text{C}</math>, Nadi = 87 x/menit, <math>\text{SPO}_2 = 99\%</math>, RR = 20 x/menit, tampak lemah.            Hasil Lab : WBC = <math>13.36 \times 10^3/\mu\text{L}</math>, MONO# = <math>0.71 \times 10^3/\mu\text{L}</math>, NEUT# = <math>11.76 \times 10^3/\mu\text{L}</math>.</p>	<p>Peningkatan Tekanan Darah</p>	<p>Resiko Perfusi Cerebrall Tidak Efektif</p>
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah, saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.  <b>DO</b> : Klien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktifitas, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan</p>	<p>Afterload Meningkat</p>	<p>Intoleransi Aktifitas</p>
<p><b>DS</b> : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang</p>	<p>Ketidakadekuatan Pemahaman</p>	<p>Ketidakpatuhan Pasien Terhadap Diet Hipertensi</p>

*Lanjutan Tabel 3.5. Analisa Data*

<p>berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi. Klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan <b>DO :</b> Klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi, klien selalu bertanya-tanya tentang penyakit hipertensi.</p>		
<p><b>DS :</b> Klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah saat melakukan aktifitas.</p>	<p>Perubahan Afterload</p>	<p>Resiko Penurunan Curah Jantung</p>
<p><b>DO :</b> klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat. HCT = 39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.</p>		
<p><b>DS :</b> Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang ± 1 jam saja. <b>DO :</b> mata panda, konjungtiva pucat, tampak lemah, mukosa bibir kering.</p>	<p>Hambatan Lingkungan</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>
<p><b>DS :</b> klien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P: klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada</p>	<p>Peningkatan Tekanan Vaskuler Serebral</p>	<p>Nyeri Akut</p>

*Lanjutan Tabel 3.5. Analisa Data*

---

bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit.

**DO** : Klien tampak meringis, Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Nadi = 87 x/menit.

---

**Prioritas Masalah**

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
- b. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan afterload meningkat
- f. Ketidapatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.

**3. Diagnosa Keperawatan**

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan leher tegang dan sakit kepala.

**DO** : TD = 214/116 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 87 x/menit,  
SPO<sub>2</sub> = 99 %, RR = 20 x/menit, tampak lemah. Hasil Lab :  
WBC = 13.36<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL , MONO# = 0.71<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL, NEUT#  
= 11.76<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL.

- b. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah saat melakukan aktifitas.

**DO** : klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital :  
TD = 214/116 mmHg, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat.  
HCT = 39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.

- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular ditandai dengan :

**DS** : klien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala.

**P**: klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak,

**Q** : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, **R** :

klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak

menyebar, **S** : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan

gambaran skala nyeri 1-10), **T** : klien mengatakan nyeri

hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit.

**DO** : Klien tampak meringis,

Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Nadi = 87 x/menit.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

**DS** : Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang  $\pm$  1 jam saja.

**DO** : mata panda, konjungtiva pucat, tampak lemah, mukosa bibir kering.

e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan afterload meningkat ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah, saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

**DO** : Klien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktifitas, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

f. Ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman ditandai dengan :

**DS** : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien

selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi. Klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan.

**DO** : Klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi, klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit hipertensi.

#### 4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun (5) 2) Tekanan darah sistolik membaik (5). 3) Tekanan darah diastolik membaik (5).	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial.</b> <b>Observasi</b> 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). 2) Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Preassure</i> ). <b>Terapeutik</b> 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 4) Berikan posisi semi fowler. <b>Penatalaksanaan</b> 5) Penatalaksanaan terapi pemberian obat captopril 3 x 25 mg/oral, amlodipine 1 x 10 mg/oral.	1) Deteksi dini peningkatan tekanan intrakranial untuk melakukan tindakan lebih lanjut. 2) Dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler. 3) Memberikan kenyamanan pada pasien. 4) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral. 5) Pemberian terapi obat captopril dan amlodipine sudah sesuai dengan dosis dan dapat menurunkan tekan darah selama pemberian oral jangka panjang.

Lanjutan Tabel 3.6. Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penurunan jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Lelah dan lemah menurun (5) 2) Tekanan darah membaik (5)	<b>Perawatan Jantung Observasi</b> 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi : dispnea, kelelahan, edema). 2) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu). 3) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. <b>Terapeutik</b> 4) Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. 5) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan yang tinggi lemak). 6) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres,	1) Penurunan curah jantung akan berpengaruh terhadap sistemik tubuh, mengidentifikasinya dapat berguna dalam memberikan pengarah dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai tanda/gejala yang muncul. 2) Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya. 3) Mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 4) Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien. 5) Pemberian asupan makanan yang tidak memacu kerja jantung lebih keras. 6) Memberikan terapi relaksasi dapat membantu mengalihkan perhatian pasien terhadap stres yang dirasakan sehingga stres dapat berkurang misalnya dengan terapi relaksasi napas dalam. 7) Melatih pasien untuk gaya hidup



Lanjutan Tabel 3.6. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		jika perlu. <b>Edukasi</b> 7) Anjurkan berhenti merokok. 8) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap.	sehat. 8) Melatih pasien beraktivitas secara bertahap.
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri kepala menurun (5). 2) Meringis menurun (5).	<b>Manajemen Nyeri</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. <b>Terapeutik</b> 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam) 5) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. kebisingan) 6) Fasilitasi istirahat dan	1) Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, dan kemajuan penyembuhan. 2) Menilai tingkat keparahan nyeri. 3) Mengidentifikasi penyebab memperberat dan memperingan nyeri. 4) Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral yang memperlambat respons simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan mengajarkan pasien teknik nonfarmakologis yang bertujuan untuk menurunkan skala nyeri, terapi yang dapat dipakai yaitu teknik relaksasi napas dalam. 5) Mengurangi faktor yang dapat memperberat rasa nyeri. 6) Memberikan rasa aman dan nyaman.

Lanjutan Tabel 3.6. Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
		tidur. <b>Penatalaksanaan</b> 7) Penatalaksanaan pemberian terapi obat paracetamol 3x1 gr/Iv.	7) Pemberian terapi obat paracetamol untuk mengurangi rasa nyeri.
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Keluhan kesulitan tidur berkurang (5). 2) Keluhan istirahat tidak cukup berkurang (5). 3) Keluhan tidak puas tidur berkurang (5)	<b>Dukungan Tidur</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi pola dan jam tidur. 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur. <b>Terapeutik</b> 3) Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan) <b>Edukasi</b> 4) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.	1) Mengetahui pola dan aktifitas tidur. 2) Mengetahui faktor pengganggu tidur. 3) Memberikan kenyamanan saat tidur. 4) Membangun rasa keinginan tidur cukup selama sakit.
Intoleransi aktifitas berhubungan dengan afterload meningkat.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Kemudahan dalam melakukan aktivitas	<b>Manajemen Energi</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2) Lakukan latihan rentang	1) Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan. 2) Membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas. 3) Istirahat yang lebih dan mengurangi

Lanjutan Tabel 3.6. Intervensi Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
	sehari-hari meningkat (5). 2) Keluhan lelah menurun (5).	gerak pasif atau aktif. <b>Edukasi</b> 3) Anjurkan tirah baring. 4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	aktivitas dapat memulihkan energi kembali. 4) Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.
Ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakpatuhan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan membaik. 2) Perilaku menjalankan anjuran membaik (5).	<b>Edukasi Diet Observasi</b> 1) Identifikasi tingkat kemampuan saat ini. 2) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. <b>Terapeutik</b> 3) Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya. <b>Edukasi</b> 4) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. 5) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang.	1) Mengetahui tingkat kemampuan pasien saat ini. 2) Mengetahui pola makan saat ini dan pola makan masa lalu. 3) Dapat mengetahui tingkat pengetahuan pasien. 4) Kepatuhan diet dapat mencegah terjadinya komplikasi penyakit lainnya. 5) Dengan menginformasikan diet pasien akan mengetahui makanan yang baik dan tidak baik untuk dirinya (makanan yang tidak boleh sering dikonsumsi).

## **5. Implementasi Keperawatan**

**Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama Selasa, 30 Juli 2024 adalah sebagai berikut :**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:30 mengukur tanda-tanda vital dan memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial. (Hasil : TD = 214/116 mmHg, Suhu=36,8°C, Nadi=87 x/menit, SPO<sup>2</sup>=99%, RR=20 x/menit, kesadaran composmentis, klien mengatakan leher tegang dan sakit kepala). Jam 08:20 memonitor MAP (Hasil :  $2 \text{ (116)} + 214:3 = 148$  mmHg). Jam 09:00 melayani pemberian terapi obat injeksi citicolin 500 mg/Iv dan injeksi mecobalamin 500 mg/Iv. Jam 10:30 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang datang berkunjung. Jam 10:50 memberikan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:00 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/Oral.

### **Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 08:50 mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (Hasil : RR=20 x/menit, klien tidak sesak napas, tidak ada edema). Jam 08:30 memonitor tekanan darah (Hasil : 214/116mmHg). Jam 10:15 mengukur tekanan darah dan frekuensi sesudah aktifitas (Hasil : sebelum melakukan aktifitas TD: 214/116 mmHg, N:87 x/menit. Setelah melakukan aktifitas TD: 185/110 mmHg, N:90

x/menit). Jam 10:50 memposisikan pasien semi fowler yaitu pasien berbaring dengan posisi setengah duduk ( $30^{\circ}$ - $45^{\circ}$ ) dengan posisi kaki lebih rendah dari pada posisi kepala (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 11:00 menganjurkan terapi relaksasi untuk mengurangi stress dengan menyarankan klien untuk menonton atau bercerita dengan keluarga. Jam 11:15 menganjurkan klien untuk berhenti merokok. (Hasil : Klien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah diberitahukan dan akan mulai secara perlahan mengurangi merokok). Jam 12:15 menganjurkan klien untuk bedress dengan posisi semi fowler (Hasil: klien mengatakan merasa nyaman dan bisa beristirahat dengan posisi setengah duduk). Jam 13:05 menganjurkan klien untuk beraktifitas fisik secara bertahap (Hasil : menganjurkan dan membantu klien untuk miring kiri dan miring kanan secara bertahap. Klien mengatakan bisa miring kiri dan kanan secara perlahan).

### **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 09:10 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Hasil : P : klien mengatakan nyeri dirasakan saat banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit). Jam 09:15 mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran

skala nyeri 1-10)). Jam 09:17 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil : klien mengatakan nyeri kepala dirasakan pada saat banyak bergerak). Jam 11:05 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam (Hasil : mengajarkan pada klien untuk tarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan lewat mulut dan lakukan teknik ini berulang kali). Jam 11:10 mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri yaitu dengan menganjurkan kepada keluarga klien untuk tidak ribut dan menganjurkan klien untuk beristirahat. Jam 12:00 melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.

#### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 08:55 mengidentifikasi pola dan jam tidur (Hasil : Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang  $\pm$  1 jam saja). Jam 08:58 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (Hasil : klien mengatakan sulit tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan karena ribut). Jam 11:15 mengajarkan keluarga klien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat klien tidur). Jam 12:15 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Hasil : menjelaskan kepada klien tentang pentingnya tidur atau istirahat secukupnya selama sakit agar

bisa membantu proses penyembuhan klien dan klien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah dijelaskan).

#### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 10:50 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan badan masih lemah dan terasa cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 11:30 menganjurkan kepada klien untuk tirah baring. Jam 12:35 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kiri dan miring kanan.

#### **Diagnosa Keperawatan 6**

Jam 09:10 mengidentifikasi tingkat kemampuan saat ini (Hasil : klien mengatakan tidak mengetahui dan memahami tentang penyakit hipertensi). Jam 09:25 mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu (Hasil : klien mengatakan sebelum sakit minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi dan saat sakit klien makan makanan yang rendah garam yang sudah disediakan di rumah sakit). Jam 10:35 memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya (Hasil : klien mengatakan bertanya tentang diet apa saja yang harus dihindari untuk mencegah penyakit hipertensi). Jam 10:37 menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan serta faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi. Jam 10:45 memberikan edukasi mengenai diet hipertensi seperti ketika masak

usahakan untuk menggunakan garam secukupnya sedikit jangan sampai terlalu asin, kalau sering makan makanan yang berminyak (santan) bisa diperkurangkan misalnya 2 atau 3 minggu sekali jangan terlalu sering, kurangi makan makanan yang berlemak dan gorengan-gorengan, usahakan untuk secara perlahan berhenti merokok, jangan minum alkohol dan harus perbanyak minum air putih.

**Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari kedua Rabu, 31 Juli 2024 adalah sebagai berikut :**

#### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:10 mengukur tanda-tanda vital (Hasil : TD : 180/100 mmHg, Nadi : 87 x/menit, Suhu : 37,0°C, SPO<sub>2</sub>: 98 %, RR : 20 x/menit. Jam 08:00 memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial (TD : 177/110 mmHg, kesadaran composmentis, RR : 20 x/menit, Nadi : 96 x/menit, klien mengatakan masih merasa sakit kepala dan leher tegang). Jam 09:00 melayani injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv, injeksi obat ceftriaxone 1gr/Iv. Jam 09:40 memonitor MAP (Hasil :  $2 (100) + 180 : 3 = 126$  mmHg). Jam 10:05 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang berkunjung. Jam 10:50 mengatur posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:00 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/oral.



## **Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 07:20 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curra jantung (mis. dispnea, kelelahan, edema ) (Hasil : klien mengatakan tidak merasa sesak, masih merasa cepat lelah saat beraktivitas, dan tidak ada edema). Jam 08:00 memonitor tekanan darah (Hasil : TD : 177/110 mmHg, Nadi : 96 x/menit). Jam 10 :50 mengatur posisi pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 11:05 menganjurkan terapi relaksasi untuk mengurangi stress dengan menganjurkan pasien untuk menonton. Jam 11:10 menganjurkan pasien untuk berhenti merokok (Hasil : klien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah diberitahukan dan akan mulai secara perlahan mengurangi merokok). Jam 11:25 memonitor tekanan darah dan nadi setelah beraktifitas (Hasil : setelah beraktifitas TD : 185/90 mmHG, Nadi : 88 x/menit). Jam 11:30 mengatur posisi pasien semi fowler yaitu pasien berbaring dengan posisi setengah duduk (30°-45°) dengan posisi kaki lebih rendah dari pada posisi kepala (Hasil : klien mengatakan merasa lebih nyaman dengan posisi setengah duduk). Jam 11:35 menganjurkan terapi relaksasi untuk mengurangi stres dengan menganjurkan klien untuk menonton atau mengajak cerita dengan keluarga. Jam 12:55 menganjurkan klien untuk bedress dengan posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman beristirahat dengan posisi setengah duduk). Jam 13:15 menganjurkan dan membantu klien untuk miring kiri dan miring kanan

secara bertahap (Hasil : klien mengatakan bisa miring kiri dan miring kanan secara perlahan).

### **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 07:35 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Hasil : P : klien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, Q : klien mengatakan nyeri dirasakan seperti berdenyut-denyut R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-4 menit). Jam 07 : 38 mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : S : skala nyeri ringan 3). Jam 08:15 mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (Hasil : klien mengatakan nyeri/sakit kepala dirasakan pada saat banyak bergerak). Jam 09:55 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam (Hasil : mengajarkan pada klien untuk tarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan lewat mulut secara perlahan dan teknik ini bisa dilakukan secara berulang kali). Jam 12:00 melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.

### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 08:35 mengidentifikasi pola dan jam tidur (Hasil : klien mengatakan masih sulit untuk tidur dari jam 23:00-04:00, sering terbangun dan tidak bisa tidur dengan nyenyak). Jam 08:39 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (Hasil : klien mengatakan

karena ribut dan kepala sakit). Jam 10:05 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat klien tidur. Jam 10:10 menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.

#### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 09:45 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan badannya masih merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas). Jam 12:15 menganjurkan klien tirah baring. Jam 13:05 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu miring kiri dan kanan. Jam 13:15 menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

#### **Diagnosa Keperawatan 6**

Jam 10:30 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini (Hasil : klien mengatakan masih ingat dengan penjelasan yang diberikan tentang penyakit hipertensi dan klien bisa menjelaskan kembali diet untuk penyakit hipertensi). Jam 10:45 memberikan edukasi kepada pasien mengenai dampak jika tidak mengikuti diet yang dianjurkan “jika bapak tidak mengikuti diet yang sudah dianjurkan untuk mencegah hipertensi seperti yang sudah dijelaskan tadi maka tekanan darah bapak akan terus meningkat dan bisa menyebabkan komplikasi atau akan muncul penyakit lain seperti stroke dan gagal jantung akibat dari tekanan darah yang meningkat” (Hasil : klien mengatakan akan

berusaha untuk mematuhi dan mengikuti apa yang sudah dianjurkan dan akan mulai secara perlahan mengubah pola makannya).

**Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari ketiga Kamis 01 Agustus 2024 adalah sebagai berikut :**

#### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07:05 mengkaji keadaan pasien dan mengukur tanda-tanda vital (Hasil : klien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang, TD : 160/100 mmHg, Nadi : 70 x/menit, SpO<sup>2</sup> : 99 %, Suhu : 36,8 °c, RR :20 x/menit). Jam 09:00 melayani terapi pemberian injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv, injeksi obat ceftriaxone 1 gr/Iv. Jam 09:30 memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial (Hasil : TD :165/110 mmHg, Nadi : 94 x/menit, Suhu : 36,0° c, RR : 20 x/menit). Jam 10:40 memonitor MAP (Hasil :  $2 (100) + 160 : 3 = 120$  mmHg). Jam 12:00 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/oral. Jam 12:15

#### **Diagnosa Keperawatan 2**

Jam 07:10 mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung (mis. dispnea, kelelahan, edema) (Hasil : klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas, tidak sesak napas dan tidak ada edema, TD : 160/100 mmHg, Nadi : 70 x/menit). Jam 10:00 memonitor tekanan darah dan nadi saat sesudah beraktifitas (Hasil : setelah beraktifitas TD : 167/ 90 mmHg, Nadi : 79 x/menit). Jam 11:00 mengatur posisi pasien semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa

sangat nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:20 menganjurkan dan membantu klien untuk miring kiri dan miring kanan secara bertahap (Hasil : klien mengatakan bisa miring kiri dan miring kanan secara perlahan).

### **Diagnosa Keperawatan 3**

Jam 08:10 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri (Hasil : P : klien mengatakan saat bergerak nyeri sudah berkurang, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 1-2 menit). Jam 08:15 mengidentifikasi skala nyeri (Hasil : S : skala nyeri ringan 1). Jam 10:55 mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan teknik relaksasi napas dalam (Hasil : mengajarkan pada klien untuk tarik napas lewat hidung tahan selama 3 detik lalu hembuskan lewat mulut secara perlahan dan teknik ini bisa dilakukan secara berulang kali). Jam 12:00 melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.

### **Diagnosa Keperawatan 4**

Jam 07:40 mengkaji pola tidur pasien (Hasil : klien mengatakan malam tidurnya sudah mulai nyenyak dari jam 21:30-05:30 terbangun ketika ingin BAK lalu kembali tidur lagi sampai pagi, konjungtiva merah mudah, klien tampak membaik, mukosa bibir lembab). Jam 10:20 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan

cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat klien tidur. Jam 10:25 menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama sakit.

#### **Diagnosa Keperawatan 5**

Jam 08:40 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah setelah beraktifitas, klien tampak membaik dan sudah bisa duduk bercerita dengan keluarganya). Jam 12:25 menganjurkan klien tirah baring. Jam 13:05 menganjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap dengan bangun duduk secara perlahan. Jam 13:20 menganjurkan kepada keluarga untuk tetap membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

#### **Diagnosa Keperawatan 6**

Jam 07:55 mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakit hipertensi (Hasil : klien mengatakan masih ingat dengan penjelasan yang diberikan tentang penyakit hipertensi, klien mampu menjelaskan tentang diet hipertensi). Jam 09:25 menjelaskan kembali tujuan kepatuhan diet pada pasien. Jam 09:28 memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang. Jam 09:35 menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat setelah keluar dari rumah sakit nanti dan menganjurkan pada pasien dan keluarga jika sakit nanti langsung ke fasilitas kesehatan (Hasil : klien dan keluarga mengatakan akan mengikuti semua apa yang sudah

dijelaksanakan dan saat sakit lagi nanti akan langsung ke fasilitas kesehatan).

## **6. Evaluasi Keperawatan**

**Evaluasi keperawatan hari pertama Selasa, 30 Juli 2024 dengan ditentukan hasil sebagai berikut :**

### **a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan leher masih terasa tegang dan kepala sakit.

**O** : klien tampak lemah, kesadaran composamentis, TD = 180/100 mmHg, Suhu = 36,0° C, Nadi = 90 x/menit, SPO<sup>2</sup> = 99 %, RR = 20 x/menit.

**A** : masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

### **b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas.

**O** : klien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema. TD : 180/100 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 20 x/menit.

**A** : masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8.

**c) Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : P : klien mengatakan nyeri kepala dirasakan saat banyak

bergerak, **Q** : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut,

**R** : klien mengatakan nyeri hanya dibagian kepala dan tidak

menyebar, **S** : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan

gambaran skala nyeri 1-10), **T** : klien mengatakan nyeri hilang

timbul, berlangsung kurang lebih 3-4 menit.

**O** : klien tampak lemah, tampak meringis, kesadaran

composmentis, **TD** : 180/100 mmHg, **Nadi** : 90 x/menit, **RR** :

20 x/menit, **SpO<sup>2</sup>** : 99 %.

**A** : masalah nyeri akut belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

**d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

**S** : klien mengatakan sulit tidur karena ribut dan sakit kepala, tidak

puas tidur dan sering terbangun.

**O** : mata panda, konjungtiva pucat, sering menguap, **TD** : 180/100

mmHg, **Nadi** : 90 x/menit, **RR** : 20 x/menit, **SpO<sup>2</sup>** : 99 %, **Suhu**

: 36,0°c.

**A** : masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.



**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

**S** : klien mengatakan badannya masih terasa lemah, cepat lelah setelah beraktifitas.

**O** : klien tampak lemah, klien tampak berbaring miring ke kanan dengan kepala lebih tinggi dari kepala, semua aktifitas klien tampak dibantu oleh keluarga, TD : 180/100 mmHg, Nadi : 90 x/menit, RR : 20 x/menit, SpO<sup>2</sup> : 99 %, Suhu : 36,0°c.

**A** : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

**f) Diagnosa Keperawatan 6**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan sudah memahami tentang penyakit dan diet hipertensi setelah dijelaskan.

**O** : klien tampak bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya, ekspresi klien tampak bingung, klien tampak marah-marah ketika dianjurkan untuk selalu menerapkan pola hidup sehat.

**A** : masalah ketidakpatuhan belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

**Evaluasi hari kedua Rabu, 31 Juli 2024 ditentukan hasil sebagai berikut :**

**a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00

**S** : klien mengatakan masih merasa sakit kepala dan leher tegang.

**O** : klien tampak lemah, kesadaran composmentis, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98 %.

**A** : masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

**b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktifitas.

**O** : klien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98 %.

**A** : masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 7 dan 8.

**c) Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : **P** : klien mengatakan masih terasa nyeri kepala pada saat banyak bergerak, **Q** : klien mengatakan nyeri berdenyut-

denyut, R : klien mengatakan nyeri dirasakan hanya dibagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri ringan 3, T : nyeri hilang timbul kurang lebih 2-3 menit.

**O** : klien tampak lemah, kesadaran composmentis, tampak meringis, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sup>2</sup> : 98 %.

**A** : masalah nyeri akut belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 2, 4, 6, dan 7

**d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan sulit tidur karena ribut dan sakit kepala, tidur tidak nyenyak dan tidak puas saat tidur.

**O** : mukosa bibir kering, konjungtiva pucat, mata panda, sering menguap, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sup>2</sup> : 98 %.

**A** : masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 3, dan 4.

**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan badannya masih lemah, kaki kiri dan kanan masih sakit saat berjalan, cepat lelah saat melakukan aktifitas.

**O** : klien tampak lemah, semua aktifitas tampak dibantu oleh keluarga, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98 %.

**A** : masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi 1, 3, dan 4.

**f) Diagnosa Keperawatan 6**

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

**S** : klien mengatakan sudah memahami tentang penyakit dan diet hipertensi, klien ingin mengikuti apa yang sudah dijelaskan.

**O** : klien tampak mengangguk-angguk kepala saat diberi edukasi dan penjelasan, TD : 190/110 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98 %.

**A** : masalah ketidakpatuhan sebagian teratasi.

**P** : intervensi dipertahankan 1, 2, 3, dan 4.

**Evaluasi keperawatan hari ketiga Kamis, 01 Juli 2024 ditentukan dengan hasil (SOAPIE) sebagai berikut :**

**a) Diagnosa Keperawatan 1**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:00

**S** : klien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang.

**O** : klien tampak membaik, kesadaran composmentis, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sub>2</sub> : 100%.

**A** : masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif sebagian teratasi.

**P** : intervensi dilanjutkan (1, 2, 4, dan 5)

**I** : Jam 07:10 memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial (Hasil : klien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sup>2</sup> : 100%). Jam 07:40 memonitor MAP (Hasil :  $2 (90) + 160 : 3 = 113$  mmHg. Jam 09:00 melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv, jam 10:10 mengatur posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:00 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/oral.

**E** : evaluasi jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak pusing, sakit kepala sudah berkurang dan leher terasa sedikit tegang. Keadaan umum baik, klien tampak membaik, kesadaran composmentis. TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0°c, SpO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 20 x/menit.

#### **b) Diagnosa Keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan jam 07:03

**S** : Klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas

**O** : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tidak sesak napas, tidak ada edema, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sup>2</sup> : 100%.

**A** : masalah resiko penurunan curah jantung sebgaiian teratasi

**P** : intervensi dilanjutkankan (1, 2, 3, 7 dan 8).

**I** : Jam 07:15 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis. dispnea, kelelahan, edema) (Hasil : klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas, tidak sesak napas, tidak ada edema). Jam 09:10 memonitor tekanan darah dan nadi saat sebelum dan sesudah beraktifitas (Hasil : setelah beraktifitas TD : 165/80 mmHg, Nadi : 75 x/menit). Jam 11:05 menganjurkan pada pasien untuk secara perlahan mulai berhenti merokok. Jam 11:10 menganjurkan pada pasien untuk beraktifitas fisik secara bertahap dan duduk secara perlahan.

**E** : evaluasi dilakukan pada jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas, klien tampak membaik, tidak ada edema, tidak sesak napas, TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0°c, SpO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 20 x/menit.

### **c) Diagnosa Keperawatan 3**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:05

**S** : klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan 1 (setelah diberikan *gambaran* skala nyeri 1-10), nyeri hilang timbul 1-2 menit.

**O** : klien tampak membaik, meringis berkurang, kesadaran composmentis, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sup>2</sup> : 100%.

**A** : masalah nyeri akut sebagian teratasi

**P** : intervensi dilanjutkan (1, 2, 4, 6, dan 7).

**I** : Jam 08:05 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri (Hasil : klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan 1 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), nyeri hilang timbul 1-2 menit). Jam 08:15 menganjurkan kepada pasien untuk tetap melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam saat merasa nyeri. Jam 10:55 menganjurkan pada pasien untuk banyak beristirahat supaya bisa membantu proses penyembuhan. Jam 12:00 melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.

**E** : evaluasi pada jam 14:00 klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan masih 1 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10) nyeri hanya dibagian kepala dan dirasakan hilang timbul 1-2 menit, klien tampak membaik, meringis berkurang, TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0°C, SpO<sub>2</sub> : 97 %, RR : 20 x/menit.

#### **d) Diagnosa Keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:15

**S** : klien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak dari jam 21:30-05:30 pagi, bangun ketika ingin BAK setelah itu lanjut tidur sampai pagi dan tidak ada gangguan, klien mengatakan sangat puas dengan tidurnya.

**O** : klien tampak membaik, mata tidak panda lagi, konjungtiva merah mudah, mukosa bibir lembab, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sup>2</sup> : 100%.

**A** : masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi (1, 3, dan 4)

**I** : Jam 08:15 mengidentifikasi jam tidur dan keluhan selama tidur (Hasil : klien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak dari jam 21:30-05:30 pagi, bangun ketika ingin BAK setelah itu lanjut tidur sampai pagi dan tidak ada gangguan, klien mengatakan sangat puas dengan tidurnya). Jam 10:25 memodifikasi lingkungan yaitu dengan cara menganjurkan kepada keluarga untuk tidak ribut saat pasien istirahat/tidur dan tutup tirai atau saat malam hari bisa matikan lampu agar pasien bisa tidur dengan aman dan nyaman. Jam 12:35 menjelaskan pentingnya tidur selama sakit.

**E** : Jam 14:00 klien mengatakan sudah bisa tidur siang dengan nyaman ± 1 jam, tidurnya puas dan tidak ada gangguan dan keluarga mengatakan akan menjaga ketenangan saat pasien tidur. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, klien tidak tampak menguap, mata tidak panda lagi. TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0°c, SpO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 20 x/menit.



**e) Diagnosa Keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:15

**S** : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan semua aktifitasnya masih dibantu dengan keluarga dan kadang bisa sendiri.

**O** : klien tampak membaik, kesadaran composmentis, klien tampak duduk dan bercerita dengan keluarganya. TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO<sup>2</sup> : 100%.

**A** : masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi (1, 3, dan 4).

**I** : Jam 07:20 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (Hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan semua aktifitasnya masih dibantu dengan keluarga dan kadang bisa sendiri. Jam 11:20 menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas dengan bangun duduk secara perlahan. 12:40 menganjurkan pada pasien untuk banyak beristirahat agar bisa membantu proses penyembuhan.

E : jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak merasa lemah lagi, tidak merasa lelah setelah beraktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan sakitnya sudah berkurang, dan sudah bisa bangun duduk sendiri dan kadang dibantu keluarga. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0<sup>o</sup>c, SpO<sup>2</sup> : 97 %, RR : 20 x/menit.

**f) Diagnosa Keperawatan 6**

Evaluasi dilakukan pada jam 07:25

**S** : klien mengatakan masih ingat dengan penjelasan yang diberikan tentang penyakit hipertensi.

**O** : klien tampak mampu menjelaskan tentang penyakit dan diet hipertensi, klien tidak marah-marah lagi saat ditanya, TD : 160/90 mmHg, Nadi : 77 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9<sup>o</sup> c, SpO<sup>2</sup> : 100%.

**A** : masalah ketidakpatuhan teratasi.

**P** : lanjutkan intervensi (1, 2, 3, dan 4).

**I** : Jam 07:27 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini (Hasil : klien mengatakan masih ingat tentang diet penyakit hipertensi).

Jam 09:45 menjelaskan kembali tujuan kepatuhan diet pada pasien. Jam 09:48 memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang. Jam 10:55 menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk tetap menerapkan pola hidup sehat dan menganjurkan kepada keluarga dan pasien jika ada yang

sakit segera dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat (Hasil : klien dan keluarga mengatakan akan mengikuti apa yang sudah dijelaskan).

E : jam 14:00 klien mengatakan ingin berhenti merokok secara bertahap, berhenti untuk minum kopi, minum alkohol dan tidak mau lagi makan makanan yang berminyak (santan) dan juga makanan yang garamnya tinggi. Klien tampak mengangguk-angguk kepala saat diberikan penjelasan. Klien tampak membaik dan tidak marah-marah lagi, TD : 158/100 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,0°C, SpO<sub>2</sub> : 97 %, RR : 20 x/menit.

## **B. Pembahasan**

Penelitian studi kasus dilakukan mulai dari tanggal 30, 31 Juli sampai dengan tanggal 01 Agustus 2024. Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus dikaitkan dengan konsep teori dan hasil studi kasus sebelumnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. B. W didapatkan klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa sakit dan lemah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan, klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit hipertensi, lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu

karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang  $\pm$  1 jam saja. Klien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit. Keadaan Umum : klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat, SPO<sub>2</sub> = 99 %, RR = 20 x/menit, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan). Hasil Lab : WBC =  $13.36 \times 10^3$ /UL, MONO# =  $0.71 \times 10^3$ /UL, NEUT# =  $11.76 \times 10^3$ /UL, HCT = 39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.

Pada teori manifestasi klinis hipertensi menurut Ni Ketut & Brigitta Ayu (2019) antara lain : meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg, sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, mual dan muntah, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, sesak napas, mata berkunang-kunang, emah dan lelah, sering merasa pusing.

Pengkajian menurut Agustanti dkk (2022) Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh Sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing, , sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur), detak jantung  $\geq 100$ x/menit, napas cepat, keringat.

- a. Gejala epistaksi atau mimisan tidak terjadi pada Tn. B. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori, karena dalam kasus Tn. B. W belum terjadi vesikuler akibat hipertensi. Menurut Ferdinata & Ernawati (2020), mengatakan tekanan darah yang terlalu tinggi mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah sehingga menyebabkan pendarahan hal ini tidak terjadi pada Tn. B. W karena peningkatan tekanan darah cepat diturunkan dengan pemberian obat captopril 3 x 25 mg/Iv dan amlodipine 1 x 10 mg/Iv, yang mana kegunaan kedua obat tersebut untuk menurunkan tekanan darah sehingga tekanan yang terjadi pada arteri masih dapat di kontrol dan tidak menimbulkan pendarahan. Pasien diharapkan untuk tetap minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter.
- b. Penglihatan kabur dan mata berkunang-kunang tidak terjadi pada Tn. B. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi & dkk (2022), 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 Tn. B. W tidak terjadi komplikasi retinopati karena mendapatkan perawatan dan penanganan yang cepat dengan pemberian obat captopril 3 x 25 mg/Iv dan amlodipine 1 x 10 mg/Iv, menganjurkan untuk menerapkan pola hidup sehat pada pasien serta menganjurkan diet hipertensi untuk menjaga agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah pasien. Pasien diharapkan untuk minum obat secara teratur dan rajin untuk cek kesehatan ke dokter.

- c. Edema tidak terjadi pada Tn. B. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Ni Ketut & Brigitta (2019), tekanan darah tinggi pada glomerulus ginjal dapat mengakibatkan komplikasi yaitu gagal ginjal. Dimana dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronis hal ini tidak terjadi pada Tn. B. W karena Tn. B. W tidak atau belum mengalami komplikasi yaitu gagal ginjal dan Tn. B. W menderita hipertensi urgency dimana hipertensi ini tidak disertai kerusakan organ-organ lain. Sehingga untuk mencegah terjadi komplikasi akibat hipertensi diharapkan untuk menjaga pola hidup sehat seperti kurangi makanan yang mengandung tinggi garam,

tinggi kolesterol, serta berhenti merokok, kopi serta alkohol dan juga minum obat hipertensi secara teratur sesuai resep dokter.

- d. Kekuatan otot pada teori kekuatan otot 3 sedangkan yang terjadi pada kasus Tn. B. W kekuatan otot tangan kiri dan kanan 5 sedangkan kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 hal ini menunjukkan ada kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi & dkk (2022), dalam pengkajian mengatakan pada pasien dengan hipertensi ringan kekuatan otot biasanya normal yaitu 5, sedangkan pada pasien hipertensi berat kekuatan otot genggam tangan melemah dengan skala kekuatan otot 3, hal ini tidak terjadi pada Tn. B. W karena kekuatan otot yang dimiliki pada Tn. B. W yaitu 5 pada tangan kiri dan kanan sedangkan pada kaki kiri dan kanan 4.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Sari (2020), masalah keperawatan yang muncul pada hipertensi antara lain : nyeri akut, resiko perfusi cerebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, resiko jatuh, intoleransi aktifitas, dan hipervolemia. Pada kasus Tn. B. W diagnosa keperawatan yang muncul adalah Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, intoleransi aktifitas



berhubungan dengan afterload meningkat, ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.

- a. Masalah keperawatan resiko jatuh dengan tanda dan gejala penglihatan kabur yang disebabkan karena komplikasi retinopati. Menurut Ni Ketut & Brigitta Ayu (2019), mengatakan kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Pada kasus Tn. B. W tidak mengalami resiko jatuh karena penglihatan masih normal dan tidak kabur.
- b. Masalah keperawatan gangguan pola tidur diangkat menjadi salah satu diagnosa keperawatan pada kasus Tn. B. W. Menurut Winowo & Laili (2019), ini di dukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh 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 dengan demikian diagnosa gangguan pola tidur harus ditegakan dan segera diatasi untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

c. Hipervolemia mengacu pada peningkatan volume cairan akibat komplikasi. Menurut Ni Ketut & Brigitta Ayu (2019), mengatakan komplikasi gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema. Pada kasus Tn. B. W tidak ditemukan tanda dan gejala edema untuk mendukung penegakkan diagnosa hipervolemia.

### 3. Intervensi/Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi yang ada diteori tidak semua ditetapkan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk mengatasi masalah tersebut.

a. Pada intervensi resiko perfusi cerebral tidak efektif intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor CPV (*Central Venous Pressure*), monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*), cegah terjadinya kejang.

b. Resiko penurunan curah jantung intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah

jantung, fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen.

- c. Nyeri Akut intervensi yang tidak dilakukan identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d. Intoleransi aktifitas intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan aktifitas rentang gerak pasif dan aktif, berikan distraksi yang menenangkan.

#### 4. Implementasi/Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, nyeri akut, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas dan ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi, maka tindakan yang dilakukan yaitu :

- a. **Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif.** Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakanial (misalnya: tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*), Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Berikan posisi semi fowler. Penatalaksanaan obat- obatan : pemberian captopril 3 x 25 mg/oral,

pemberian amlodipine 1 x 10 mg/oral, pemberian injeksi citicolin 2 x 500 mg/Iv, injeksi mecobalamin 2 x 500 mg/Iv.

- b. **Resiko Penurunan Curah Jantung.** Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema). Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu), Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.
- c. **Nyeri Akut.** Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam). Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. kebisingan). Fasilitasi istirahat dan tidur. Pentalaksanaan obat-obatan : penatalaksanaan pemberian terapi obat paracetamol 3x1 gr/Iv.
- d. **Gangguan Pola Tidur.** Identifikasi pola dan jam tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur. Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan). Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.
- e. **Intoleransi Aktifitas.** Identifikasi fungsi tubuh yang

mengakibatkan kelelahan. Anjurkan tirah baring. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.

- f. **Ketidakpatuhan Pasien Terhadap Diet Hipertensi.** Identifikasi tingkat kemampuan saat ini. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian dapat teratasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload sebagian dapat teratasi, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral sebagian dapat teratasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan sebagian dapat teratasi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan afterload meningkat sebagian dapat teratasi, ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman dapat teratasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Tn. B. W di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 30, 31 Juli – 01 Agustus 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 30 Juli 2024 didapatkan hasil Klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri terasa sakit dan lemah, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan, merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing, sering terbangun dan terganggu karena ribut. kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit. Keadaan Umum : klien tampak

lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 214/116 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 87 x/menit, nadi teraba kuat, SPO<sub>2</sub> = 99 %, RR = 20 x/menit, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan). Hasil Lab : WBC = 13.36<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL, MONO# = 0.71<sup>+</sup> 10<sup>3</sup>/μL, NEUT# = 11.76<sup>+</sup>10<sup>3</sup>/μL, HCT = 39,9%, CREATININ = 1.3 mg/dL.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Tn. B. W ada enam yaitu : resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan afterload meningkat, ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman.

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 30, 31 Juli – 01 Agustus 2024 yaitu resiko perfusi cerebral tidak efektif masalah sebagian teratasi, resiko penurunan curah jantung masalah sebagian teratasi, nyeri akut masalah sebagian teratasi, gangguan pola tidur masalah sebagian teratasi, intoleransi aktifitas masalah sebagian teratasi, ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi masalah teratasi.

## **B. Saran**

Dengan dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan yaitu :

### **1. Bagi Peneliti**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi dan prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan hipertensi dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya institusi Pendidikan pada pasien hipertensi untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.



### 3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti Dwi, D. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dan PTM*. Jawa : Mahakarya Citra Utama Grup. [Diakses pada tgl : 06/08/2024]
- Ahmad, A. A Fariz;. (2022). Faktor-faktor Penyebab Hipertensi. Yogyakarta. [Diakses pada tgl : 06/09/2023]
- Brunner &, & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta : EGC. [Diakses pada tgl : 06/09/2023]
- Fandinata & Ernawati. (2020). Penyuluhan Kesehatan Tentang Pencegahan Dan Pengendalian Hipertensi Terhadap Penderita Hipertensi. *Jurnal ABDIMAS Indonesia*, 198-208. [Diakses pada tgl : 06/08/2024]
- Hidayati, L S;. (2018). Kajian Sistematis Terhadap Faktor Risiko Hipertensi Di Indonesia . *Journal Of Health Science and Prevention*, 48-56. [Diakses pada tgl : 06/09/2023]
- Kemenkes. (2016). *Hipertensi, Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah-Direktorat P2PTM*. [Diakses pada tgl : 13/09/2023]
- Kemenkes. (2021). *Faktor Resiko Hipertensi-Direktorat-P2PTM*. [Diakses pada tgl : 13/09/2023]
- Kemenkes;. (2018). *Faktor-faktor Penyebab Hipertensi*. [Diakses pada tgl : 13/09/2023]
- Kementerian Kesehatan RI;. (2017). *Profil Penyakit Tidak Manular : 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. [Diakses pada tgl : 13/09/2023]
- Mansjoer. (2002). *Kapita Selekta Kedokteran, Medica Aesculapius*. Jakarta. [Diakses pada tgl : 06/09/2023]
- Marilynn, E. D., Mary, F. M., & Alice, C. G. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Musakkar &; Djavar;. (2021). *Promosi Kesehatan : Penyebab Terjadinya Hipertensi*. Jakarta: CV. Pena Persada. [Diakses pada tgl : 17/09/2023]
- Ni Ketut &, & Brigitta Ayu. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Nurmayni, & dkk. (2021). *Hipertensi Si Pembunuh Senyap*. Medan: CV. Pusdikra Mitra Jaya.

- Oematan G. (2021). Durasi Tidur Dan Aktifitas Sedentari Sebagai Faktor Risiko Hipertensi Obesitik Pada Remaja. *Jurnal Ilmu Gizi Indonesia*, 147-156. [Diakses pada tgl : 06/08/2024]
- Prastika; Yuniar, D;. (2021). Faktor Risiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Indonesia. *Journal Of Public Health and Nutrition Universtasity Negeri Semarang Indonesia*. [Diakses pada tgl : 13/09/2023]
- Rifai M, & Safitri D. (2022). Edukasi Penyakit Hipertensi Warga Dukuh Gebang RT 04/RW 09 Desa Girisuko Kecamatan Panggang Kabupaten Gunungkidul. *Journal Budimas*. [Diakses pada tgl : 15/09/2023]
- Sari. (2020). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi*. Jakarta : Pustaka Baru.
- SDKI, PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SIKI, PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Siswanto, Y., Widyawati, S. A., & Karlina. (2020). Hipertensi Pada Remaja du Kabupaten Semarang. *Journal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- SLKI, PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Trismiyana, E., Linggariyana, & Furqoni, P. D. (2023). Asuhan Keperawatan Dengan Teknik Rendam Kaki Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Sri Pendowo Lampung Timur. *Journal Kreativitas Pengabdian Masyarakat*, 646-651. [Diakses pada tgl : 15/09/2023]
- WHO;. (2018). *Global Health Estimates 2016 : Deats by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva: World Health Organization. [Diakses pada tgl : 15/09/2023]
- Yanti, A. (2020 ). *Modul Keperawatan Medikal Bedah 1*. Jakarta: EGC.





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



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. B. W DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Juli 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. B. W  
Umur : 56 Tahun  
Agama : Katholik  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : Menikah  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Suku Bangsa : Ende-Lio  
Alamat : Pemo-Mbotutenda  
Tanggal Masuk : 29 Juli 2024  
Tanggal Pengkajian : 30 Juli 2024  
No. Register : 152554  
Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. Y. C  
Umur : 21 Tahun  
Hub. Dengan Pasien : Ponakan Kandung  
Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa  
Alamat : Pemo-Mbotutenda

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tegang dan badan terasa lemah.

## 2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tegang sejak 1 hari yang lalu, badan terasa lemah, pusing, kaki kiri dan kanan terasa sakit dan lemah, kadang-kadang nyeri atau sakit kepala pada siang dan malam hari, mengeluh susah untuk tidur dan sering terbangun.

## 3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Klien mengatakan pada tanggal 29 Juli 2024 dari jam 09:00-11:00 klien kerja kebun seperti biasa dan saat pulang ke rumah pada pukul 14:00 tiba-tiba klien merasa pusing, badan terasa lemah, kaki kanan dan kiri tiba-tiba sakit dan lemah, kepala terasa sakit seperti tertusuk-tusuk, leher tegang. Keluarga klien mengatakan hanya menggosok dengan minyak kayu putih diseluruh badan, karena belum ada perubahan keluarga memutuskan langsung membawa klien ke Puskesmas Riaraja pada pukul 14:30 dan klien langsung dirujuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Ende pada tanggal 29 Juli 2024 pukul 17:00 WITA. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter klien didiagnosa Hipertensi Urgency. Setelah mendapatkan perawatan di IGD, klien langsung dipindahkan ke Ruangan Penyakit Dalam III pada pukul 21:00 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

## b. Status Kesehatan Masa Lalu

### 1) Penyakit Yang Pernah Dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan pernah diperiksa 2 tahun lalu yaitu pada tahun 2022 di Pustu Mbotutenda dan hasil tekanan darahnya 200/100 mmHg.

### 2) Pernah Dirawat

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat baik di Rumah Sakit maupun Puskesmas.

### 3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

#### 4) Kebiasaan (Merokok/Kopi/Alkohol)

Klien mengatakan sering minum alkohol pada saat acara dan juga saat makan jagung atau pisang, merokok, selalu minum kopi pagi dan sore serta lebih suka makan makanan yang berminyak (santan).

#### c. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ada yang mengalami penyakit hipertensi yaitu istrinya.

### 3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

#### a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien dan keluarga klien mengatakan sudah mengetahui bahwa klien memiliki riwayat penyakit hipertensi, tetapi klien menganggap bahwa hipertensi hanyalah penyakit biasa. Klien mengatakan tidak memahami tentang penyakit hipertensi sehingga klien selalu minum kopi, minum alkohol, sering merokok, makan-makanan yang berminyak (santan) dan suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, klien mengatakan jarang untuk melakukan pemeriksaan difasilitas kesehatan, klien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit yang dialaminya.

#### b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Jenis makanan klien yaitu nasi, ubi, sayur (suka makan sayur santan dengan rasa garam yang tinggi), pisang, lauk (ikan, daging). Klien biasa minum air putih 6-7 gelas sehari  $\pm$  1500-1750 CC, minum kopi pagi dan sore 2 gelas/hari  $\pm$  500 CC, sering minum moka 4-5 gelas  $\pm$  100-200 CC.

Saat Sakit : klien mengatakan saat sakit makan 3 kali sehari, selalu menghabiskan 1 porsi makan yang disediakan, jenis makanannya : nasi, sayur, lauk dengan diet rendah garam dan juga buah pisang. Klien minum air putih 5-6 gelas/hari  $\pm$  1000-1500 CC.

#### d. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : klien mengatakan BAB 1-2 kali dalam sehari dengan warna BAB kuning, konsistensi lunak dan tidak ada keluhan saat BAB.

Klien mengatakan BAK 6-7 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan.

Saat Sakit : klien mengatakan sealama sakit belum pernah BAB dan BAK 5-6 kali dalam sehari, warna kuning dan tidak ada keluhan saat BAK.

e. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum Sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah petani dan setiap hari klien kerja kebun mulai dari jam 08:00-12:00 setelah itu pulang ke rumah untuk makan lalu kembali lagi ke kebun dari jam 15:30-17:00. Semua aktivitasnya bisa dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan lemah, pusing dan sesak napas.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan kanan saat berjalan atau digerakkan terasa sakit dan harus dipapah oleh keluarganya ketika ingin ke toilet. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

f. Pola Kognitif dan Persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengarannya maupun daya ingat.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum Sakit : klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur  $\pm$  7-8 jam, malam tidurnya dari jam 21:00-06:00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, kebiasaan klien sebelum tidur yaitu menonton TV dan saat siang hari klien jarang untuk tidur karena harus kerja kebun.

Saat Sakit : klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 22:00-04:30 pagi, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Klien mengatakan tidur siang  $\pm$  1 jam saja.

h. Pola Peran Hubungan

Klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan orang-orang disekitar sangat baik. Klien mengatakan selalu berperan aktif dilingkungan masyarakat baik dalam kegiatan rohani maupun jasmani.



i. Pola Neurosensorik

Sebelum sakit : klien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba ataupun sakit kepala tiba-tiba ssat setelah bangun tidur.

Saat Sakit : klien mengatakan leher terasa tegang dan Klien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda Vital

TD : 214/116 mmHg

S : 36,8° C

N : 87 x/menit

SPO<sup>2</sup> : 99 %

RR : 20 x/menit

c. Head To ToeKepala :

1) Rambut

Inspeksi : tampak bersih dan rambut berwarna hitam.

Palpasi : tidak ada benjolan ataupun luka.

2) Wajah

Inspeksi : bentuk wajah simetris, klien tampak meringis.

3) Hidung

Inspeksi : berbentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada epistaxis.

4) Mata

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata panda.

5) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

6) Telinga

Inspeksi : tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran.

7) Leher

Inspeksi : tampak bersih.

Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

8) Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 20 x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Auskultasi : bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan.

9) Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.

Perkusif : terdapat bunyi tympany.

Auskultasi : bising usus 30 x/menit.

10) Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Inspeksi : CRT < 3 detik, tangan kiri dan kanan bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri dan kanan 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri tampak lemah, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 4 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

11) Keluhan Nyeri

P : klien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak.

Q : klien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut.

R : klien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar.

S : skala nyeri sedang 4 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10).

T : klien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 4-5 menit.

**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. B. W 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 Tn. B. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/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. Namun dari 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 silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 081236255865.

Peneliti



**Maria Scolastica Mako Lo'a**  
**Nim: PO5303202210058**

**INFORMED CONCENT**

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Maria Scolastica Mako Lo'a, NIM : PO5303202210058 dengan judul : "Asuhan Keperawatan Pada Tn. B. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut partisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 30 Juli 2024

Saksi



Tn. Y. C

Yang memberikan persetujuan



Tn. B. W

Peneliti






MARIA SCOLASTICA MAKO LO'A  
PO5303202210058





**LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Maria Scolastica Mako Lo'a  
NIM : PO.5303202210058  
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc  
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho,S.ST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Senin, 07 September 2023	Konsul judul proposal	1) Cari data-data dan masalah dari berbagai sumber mulai dari global sampai dengan kabupaten.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
2.	Rabu, 08 November 2023	Konsul BAB I	1) Lengkapi latar belakang : definisi, data, dan dampak hipertensi. 2) Lengkapi data tempat/lokasi yang akan diteliti. 3) Perbaiki cara pengetikan. 4) Lanjutkan BAB II dan BAB III sertakan daftar pustaka.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
3.	Selasa, 28 November 2023	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	1) Perbaiki cara penulisan judul. 2) Perbaiki latar belakang, tujuan dan metode studi kasus. 3) Perbaiki BAB II pada bagian pathway sertakan sumbernya. 4) Perbaiki cara pengetikan. 5) Tambahkan rasional.	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

			9) Perbaiki prioritas masalah setelah itu baru masuk diagnosa keperawatan.	
6.	Selasa, 07 Mei 2024	Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perbaiki pengetikan/penulisan.</li> <li>2) ACC maju ujian proposal</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
7.	Rabu, 31 Juli 2024	Konsul BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lengkapi data pengkajian.</li> <li>2) Lanjutkan sampai implementasi hari ketiga.</li> <li>3) Diketik sampai pembahasan.</li> <li>4) Bagian pembahasan minimal 2 referensi.</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
8.	Selasa, 13 Agustus 2024	Konsul BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perbaiki cara penulisan.</li> <li>2) Ganti gambaran umum lokasi studi kasus (mis. RSUD Ende tipe apa, terdiri dari apa saja dan selanjutnya).</li> <li>3) Perbaiki pengkajian pada bagian status kesehatan masa lalu.</li> <li>4) Perbaiki dan lengkapi pengkajian dibagian kebiasaan (merokok, alkohol, kopi, dll).</li> <li>5) Perbaiki pengkajian pola</li> </ol>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

			<ul style="list-style-type: none"> <li>6) Perbaiki cara penulisan daftar pustaka.</li> <li>7) Perbaiki metode studi kasus.</li> </ul>	
4.	Selasa, 09 Januari 2024	Konsul BAB I dan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Perbaiki kata pengantar</li> <li>2) Perbaiki latar belakang (cari data terbaru).</li> <li>3) Perbaiki rumusan masalah, tujuan dan manfaat studi kasus.</li> <li>4) Tambahkan konsep masalah keperawatan.</li> <li>5) Perbaiki penulisan daftar pustaka (spasi 1).</li> </ul>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
5.	Kamis, 02 Mei 2024	Konsul BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Perbaiki pathway.</li> <li>2) Tambahkan diagnosa ambil dibuku doengoes.</li> <li>3) Perbaiki penulisan/pengetikan sesuai panduan.</li> <li>4) Perbaiki intervensi dan rasional ambil dibuku doengoes.</li> <li>5) Pada bagian daftar pustaka tambahkan tanggal yang diakses.</li> <li>6) Perbaiki kata pengantar.</li> <li>7) Perbaiki pada pengkajian perpola ambil dibuku doengoes.</li> <li>8) Perbaiki tabel dan hilangkan garis vertikal.</li> </ul>	 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

			nutrisi, pola aktifitas, dan pola peran hubungan. 6) Perbaiki pada bagian pemeriksaan fisik.	
9.	Selasa, 20 Agustus 2024	Konsul BAB IV	1) Perbaiki bagian pembahasan.	↓ Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
10.	Rabu, 21 Agustus 2024	BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV dan BAB V.	1) Perbaiki cara penulisan 2) ACC dan siap maju ujian.	↓ Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

Mengetahui,

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






**Arda Wawomeo, M.,Ns.Sp.Kep.Kom**  
NIP. 196601141991021001






**LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Maria Scolastica Mako Lo'a  
NIM : PO.5303202210058  
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc  
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho,S.ST.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf penguji
1.	Senin, 13 Mei 2024	BAB I, II dan Daftar Pustaka	1) Perbaiki NIP penguji pada lembar pengesahan. 2) Tambahkan nama penguji dan ubah nama direktur rumah sakit pada bagian kata pengantar. 3) Perbaiki cara penulisan. 4) Lengkapi daftar pustaka. 5) Tambahkan jenis obat pada bagian penatalaksanaan medis. 6) Lengkapi konsep masalah keperawatan.	 Martina Bedho,S.ST.,M.Kes
2.	Kamis, 16 Mei 2024	BAB II	1) ACC turun ambil kasus.	 Martina Bedho,S.ST.,M.Kes
3.	Selasa, 03 September 2024	BAB II	1) Lengkapi dan tambahkan hasil lab/pemeriksaan penunjang yang	

			2) Tambahkan indikasi dan kontraindikasi obat. 3) Perbaiki cara penulisan/pengetikan.	
4.	Selasa, 10 September 2024	BAB IV	1) ACC dan perbaiki yang kurang.	 Martina Bedho,S.ST.,M.Kes

Mengetahui,


  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
  
Aris Wawomeo, M.Ns.Sp.Kep.Kom  
NIP. 196601141991021001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



## A. Data Diri

Nama : Maria Scolastica Mako Lo'a  
Tempat/Tanggal Lahir : Olaewa, 27 Februari 2002  
Alamat : Olaewa  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Nama Ayah : Paulus Meze Bolo  
Nama Ibu : Yuliana De'i Lengi

## B. Riwayat Pendidikan

TKK Olaewa : 2008-2009  
SDI Olaewa : 2009-2015  
SMP Negeri 2 Boawae-Gako : 2015-2018  
SMA St. Fransiskus Xaverius Boawae : 2018-2021  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2024  
Program Studi D-III Keperawatan Ende

“Kesuksesan bukanlah akhir dari perjalanan, melainkan awal dari pencapaian yang lebih besar”