

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

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

INTAN NURVIYANTI
NIM.PO5303202200493

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

2023

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

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH :

INTAN NURVIYANTI
NIM PO.5303202200493

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

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

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

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

INTAN NURVIYANTI
NIM. PO5303202200493

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing
Untuk Diujikan

Ende, 29 Agustus 2023

Pembimbing



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

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp., Kep., Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.S DENGAN DIAGNOASA
HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH :

INTAN NURVIYANTI
NIM.PO5303202200493

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan

Pada Tanggal 31 Agustus 2023

Penguji Ketua



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

Penguji Anggota



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP. 19690409 198903 2 002

Disahkan oleh

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



Aris Wawomeo, M.,Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,Kom
NIP. 19660114199102100

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Intan Nurviyanti

NIM : PO. 5303202200493

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

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

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

Ende, Agustus 2023

Yang Membuat Pernyataan

INTAN NURVIYANTI
PO. 5303202200493

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada TN A.S Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan, namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini dan sekaligus penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberi masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
3. Ibu Yustina P. M. Paschalia, S. Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. T.n A.S dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah

5. Kedua orang tua, Keluarga, dan teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, Agustus 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn A.S dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Intan Nurviyanti⁽¹⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes⁽²⁾

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan dunia yang tidak hanya di negara maju tetapi juga di negara berkembang. Hipertensi menjadi kontributor ke empat kematian dini di negara maju dan ke tujuh di negara berkembang. (Fernalia et al., 2021). Hipertensi adalah penyebab kematian nomor 3 setelah Stroke dan Tuberkulosis, yakni mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur.

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

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

Hasil studi kasus pada Tn.A.S: pada pengkajian ditemukan data:TD:190/100 mmHg, pasien merasa pusing leher tegang, penglihatan kabur dan bicara pello.

Masalah keperawatan yang muncul adalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi hiperkolesteronemia, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan masalah teratasi sebagian yaitu resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, sedangkan masalah tidak teratasi yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

Disimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus Tn.A.S. Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk hipertensi serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran.

Kepustakaan : 20 Buah (2021-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, hipertensi

1. Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care of Patients with Tn A.S with a Medical Diagnosis of Hypertension in the Internal Medicine Room III of RSUD Ende

Intan Nurviyanti(1)

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes(2)

Hypertension is a world health problem not only in developed countries but also in developing countries. Hypertension is the fourth contributor to premature death in developed countries and the seventh in developing countries. (Fernalia et al., 2021). Hypertension is the number 3 cause of death after stroke and tuberculosis, which reaches 6.7% of the death population at all ages.

The purpose of the case study is to increase the author's insight and mindset in carrying out nursing care for Mr. A.S with hypertension through the nursing process approach.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, implementation and evaluation of nursing.

The results of the case study on Mr. A.S: the study found data: BP: 190/100 mmHg, the patient felt dizzy, neck tension, blurred vision and speech pelo.

Nursing problems that arise are the risk of ineffective cerebral perfusion associated with hypercholesterolemia hypertension, the risk of decreased cardiac output associated with afterload changes, knowledge deficits associated with lack of exposure to information, the risk of falling associated with impaired vision, impaired verbal communication associated with decreased cerebral circulation. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. The implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation found that the problem was partially resolved, namely the risk of decreased cardiac output related to changes in afterload, knowledge deficit related to lack of exposure to information, risk of falling related to visual impairment, while the problem was not resolved, namely impaired verbal communication associated with decreased cerebral circulation. .

It was concluded that there is a gap between the theory and the case of Mr. A.S. Therefore, hypertensive patients should modify their lifestyle to be healthier by avoiding factors that can exacerbate hypertension and taking medication regularly as recommended.

Literature : 20 Pieces (2021-2023)

Keywords: Nursing care, Hypertension

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

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
COVER DALAM	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan.....	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak Bahasa Indonesia	viii
Abstrak Bahasa Inggris	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Studi Kasus	6
D. Manfaat Studi Kasus	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Dasar Hipertensi	8
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	17
BAB III METODE STUDI KASUS	37
A. Rancangan/Desain Studi Kasus	37
B. Subjek Studi Kasus	37
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	37
D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	38
E. Metode Studi Kasus	38
F. Teknik Pengumpulan Data	39
G. Instrumen Pengumpulan Data	40
H. Keabsahan Data	40
I. Analisa Data	40

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Studi Kasus	42
B. Pembahasan	76
BAB V PENUTUP	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran	85

DAFTAR PUSTAKA

Daftar Lampiran

Format Pengkajian

Inform Consent

Lembar Konsultasi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 : Pathway	12
----------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 : Pemeriksaan darah lengkap.....	49
--	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan dunia yang tidak hanya di negara maju tetapi juga di negara berkembang. Hipertensi menjadi kontributor ke empat kematian dini di negara maju dan ke tujuh di negara berkembang. (Fernalia et al., 2021). Hipertensi adalah penyebab kematian nomor 3 setelah Stroke dan Tuberkulosis, yakni mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur. Penyakit ini merupakan salah satu pintu masuk atau faktor resiko terjadinya penyakit seperti Jantung, Gagal Ginjal, Diabetes dan Stroke. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019)

Data world Health Organization (WHO) Tahun 2019 menunjukkan bahwa prevalensi Hipertensi secara global sebesar 22% dari total penduduk dunia dan Wilayah Afrika memiliki prevalensi Hipertensi tertinggi sebesar 27% sedangkan di Asia Tenggara berada di posisi ke 3 tertinggi dengan prevalensi sebesar 25% terhadap total penduduk. (WHO,2019 dikutip dalam Sulistiani & Surury,2022). Prevalensi Hipertensi di Indonesia dapat diketahui dari hasil Riskesdas 2018 yang mengalami peningkatan sebesar 34,1% Angka ini lebih tinggi dibandingkan hasil Riskesdas tahun 2013 sebesar 25,8% dengan kasus hipertensi yang paling tinggi pada perempuan 36,9% dan pada pasien yang berusia 60 tahun ke atas (Suku et al., 2020).

Berdasarkan hasil laporan kasus Hipertensi di Provinsi NTT tahun 2019, sebanyak 135.703 kasus, pada tahun 2020, jumlah kasus hipertensi

sebanyak 133.23 kasus, dimana 90.159 kasus terjadi pada wanita. Jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Kupang pada tahun 2020 sebanyak 3.225 orang. (Maring et al., 2022). Berdasarkan Hasil Riskesdas (2018) prevalensi di Kabupaten Ende Sebanyak 36,64% atau 1.398 kasus dan menempati kedudukan ke-4. Penduduk yang terdiagnosa dokter sebanyak 4,67% dan penduduk rutin minum obat sebanyak 4,79% dengan jumlah seluruh 1.405 orang. (Riskesdas,2018). Data dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende, menyebutkan bahwa jumlah penderita hipertensi pada tahun 2021 sebanyak 12 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 51 kasus dan di tahun 2023 pada bulan Januari sebanyak 7 orang diantaranya laki-laki 4 orang dan perempuan 3 orang, sedangkan pada bulan Februari sebanyak 9 orang diantaranya laki-laki 4 orang dan perempuan 5 orang, dan terakhir pada bulan Maret sebanyak 5 orang diantaranya laki-laki 4 orang dan perempuan 1 orang. (Profil RSUD Ende, 2023)

Dampak dari penyakit hipertensi telah dibuktikan melalui penyelidikan epidemiologis bahwa penyakit hipertensi / tingginya tekanan darah seseorang dapat berdampak terjadinya penyakit kardiovaskuler karena Jantung bekerja keras sehingga otot Jantung mengalami pembesaran. Selain itu dampak dari penyakit Hipertensi itu sendiri dapat mengakibatkan penyakit Stroke, yaitu terjadinya okulasi atau penyempitan aliran darah ke otak, pasokan darah ke otak terganggu dan berkurang karena terjadinya sumbatan. Secara psikologis, dampak dari penyakit hipertensi, pasien merasakan cemas, gelisah, takut, depresi dan stres, dimana stres terjadi jika seseorang sedang mengalami suatu

ketegangan, dalam menghadapi suatu masalah atau sesuatu yang sangat mengganggu dan merusak integritas kepribadian seseorang.

Sebagai salah satu solusi untuk menekan kejadian hipertensi dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan kepada masyarakat. Hipertensi dapat dicegah dengan berbagai upaya menjaga gaya hidup. Hal ini dapat tercapai jika pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan dan perawatan hipertensi. Saat ini, Kementerian Kesehatan berupaya meningkatkan promosi kesehatan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi. Pemberian informasi dan edukasi pada masyarakat dapat melalui berbagai cara. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah penyampaian informasi dan edukasi kesehatan melalui media pembelajaran. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keinginan masyarakat dalam mencegah dan melakukan perawatan di rumah, sehingga angka hipertensi dapat terkontrol ataupun dicegah pada masyarakat yang beresiko. Pemberian informasi dan edukasi melalui media pembelajaran, salah satunya booklet diharapkan juga dapat disampaikan kepada orang lain dan anggota keluarga. Booklet yang menarik dan mudah di bawah akan mempermudah penyebaran informasi dan edukasi menggunakan media pembelajaran ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan self efficacy masyarakat. (Aan et al., 2017). Pemerintah Indonesia telah melakukan upaya pengendalian penyakit hipertensi melalui program PROLANIS (Program Pengendalian Penyakit Kronis). PROLANIS adalah suatu sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan

dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. (Mathematics, A. 2016)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hartati, 2018 yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan tindakan perawat dalam melakukan upaya Penurunan tekanan darah dengan memberikan informasi yang benar tentang penyakit hipertensi dan menganjurkan pasien untuk diet rendah garam, pemenuhan kebutuhan nutrisi, serta memberikan informasi tentang pencegahan hipertensi dengan meningkatkan pengetahuan pasien dalam penerapan pola hidup sehat sehingga tidak terjadinya komplikasi penyakit lain. (Hartati, 2018)

Perawat mampu melakukan upaya *promotif* dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, keluarga dan masyarakat mengenai penyakit hipertensi dan bagaimana cara penanggulangannya. Upaya *preentif* untuk mencegah terjadinya hipertensi dengan mengubah kebiasaan sehari-hari dengan menerapkan pola hidup sehat dan pemenuhan nutrisi sesuai dengan usia. Upaya *kuratif* memberikan terapi obat sesuai indikasi pada pasien untuk mengurangi gejala berulang. (Sultan, 2022). Dalam melakukan upaya penanganan kasus hipertensi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende yaitu dengan pemantauan tekanan darah, konsumsi obat secara rutin serta Menjalani pola hidup sehat. pola hidup sehat yang dianjurkan adalah dengan mempertahankan berat badan ideal, mengurangi asupan garam, olah raga

secara teratur, mengurangi konsumsi alcohol, berhenti merokok, cukupi waktu istirahat dan tidur serta kelola stres dengan baik. mengkonsumsi makanan rendah lemak, dan kaya serat seperti buah dan sayuran. serta memberikan informasi tentang pencegahannya yang dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat dan mencegah terjadinya penyakit lain/komplikasi. Pada umumnya peran perawat sangatlah penting dalam mengurangi dan mencegah peningkatan penyakit hipertensi, peran perawat tidak hanya sebagai pendidik tetapi juga sebagai motivator, educator kolaborator, advokat, fasilitator, dan konsultan. Penyakit hipertensi semakin meningkat tiap tahunnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pada pasien hipertensi sehingga angka kejadiannya pun bertambah seiring berjalanya waktu.

Sehubungan dengan angka kejadian hipertensi yang semakin meningkat dan faktor resiko terjadinya penyakit seperti Jantung, Gagal Ginjal, Diabetes dan Stroke, serta peran perawat dalam melakukan upaya pencegahan penyakit hipertensi dengan mengubah kebiasaan sehari-hari dan menerapkan pola hidup sehat, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Tn. A.S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. A.S dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. A.S dengan diagnosa medis Hipertensi
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. A.S dengan diagnosa medis Hipertensi
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Tn. A.S dengan diagnosa medis hipertensi
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Tn. A.S dengan diagnosa medis hipertensi
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. A.S dengan diagnosa medis Hipertensi
- f. Menganalisa kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Tn. A.S dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan diatas maka manfaat proposal karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

a. Bagi Penulis

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

b. Bagi Perawat

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

c. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit Hipertensi.

d. Bagi perkembangan Ilmu Teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Pengertian penyakit Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya. (Kemenkes, 2019)

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah seseorang di atas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). (Hariawan & Tatisina, 2020)

2. Etiologi Penyakit Hipertensi

Adapun penyebab dari Hipertensi menurut Hidayat wahyu eka,2021 Dapat di kelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu :

a. Hipertensi Esensial (Hipertensi Primer)

Penyebab dari hipertensi esensial belum dapat diketahui, sementara penyebab sekunder dari hiper tensi esensial juga tidak ditemukan. Pada hipertensi esensial tidak di temukan penyakit gagal ginjal, maupun penyakit lainnya, genetik setara menjadi bagian dari penyebab timbulnya hipertensi esensial termasuk stres, intake alkohol, merokok, lingkungan dan gaya hidup. Hipertensi primer dapat di sebabkan oleh faktor berikut ini :

1) Faktor Keturunan.

Seseorang bisa beresiko terkena hipertensi jika ia memiliki orang tua yang menderita Hipertensi.

2) Usia

Penyebab Hipertensi makin meningkat dengan bertambahnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormon.

3) Jenis Kelamin.

Pada umumnya laki-laki lebih tinggi dari perempuan atau lebih dominan terkena hipertensi.

4) Gaya Hidup

Gaya hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi, kegemukan (obesitas), stres, merokok, minuman alkohol, dan minum obat-obatan.

5) Riwayat Keluarga

Jika ada keluarga dekat yang memiliki faktor keturunan hipertensi, maka akan mempertinggi resiko terkena hipertensi pada keturunannya.

6) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan hipertensi, sebab rokok mengandung nikotin.

Menghisap rokok menyebabkan nikotin terserap oleh pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan kemudian akan diedarkan hingga ke otak. Di otak, nikotin akan memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin atau adrenalin yang akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan darah yang lebih tinggi.

7) Obesitas

Obesitas meningkatkan resiko terjadinya hipertensi karena makin besar masa tubuh, makin banyak pula suplai darah yang dibutuhkan untuk masuk ke oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan volume darah yang beredar melalui pembuluh darah akan meningkat, sehingga tekanan pada dinding arteri menjadi lebih besar.

8) Kurangnya Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik sangat mempengaruhi stabilitas tekanan darah. Pada orang yang tidak aktif melakukan kegiatan fisik cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras usaha otot jantung dalam memompa darah, makin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri.

b. Hipertensi Sekunder

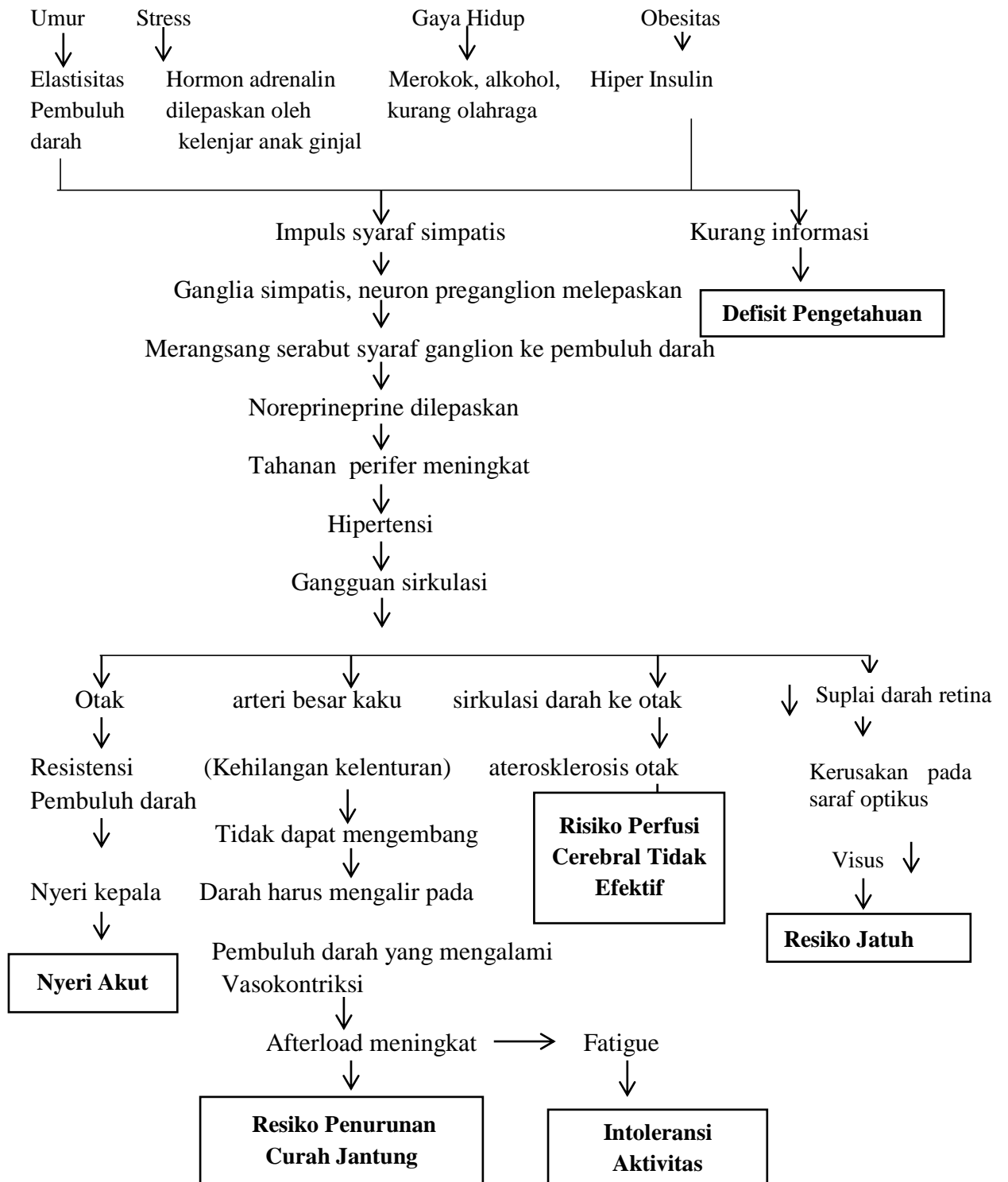
Penyebabnya dapat diketahui seperti kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid) dan lainnya.

3. Patofisiologi Penyakit Hipertensi

Menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) Proses atau patofisiologi terjadinya hipertensi diawali dari meningkatnya tekanan darah. Selain itu, hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara sebagai berikut.

- a. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah pada setiap detiknya atau stroke volume.
- b. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Oleh sebab itu, setiap denyut jantung darah dipaksa melalui pembuluh darah yang sempit dibandingkan biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Hal ini juga terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.
- c. Tekanan darah juga dapat meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) mengerut untuk sementara waktu akibat perangsangan saraf atau hormon di dalam darah

4. Pathway Penyakit Hipertensi



(Buku Keperawatan Medikal Bedah I, 2019)

5. Manifestasi Klinis Penyakit Hipertensi

Adapun tanda dan gejala hipertensi Menurut Kemenkes RI, 2019 menyatakan bahwa orang yang dengan penyakit hipertensi jarang atau bahkan tidak menunjukkan gejala akan tetapi ketika melakukan pemeriksaan memiliki gejala seperti :

- a. Sakit kepala
- b. Gelisah
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Pusing
- e. Pangelihatan kabur
- f. Rasa sesak di dada
- g. Mudah lelah.

6. Komplikasi Penyakit Hipertensi

Dengan adanya hipertensi akan menimbulkan komplikasi pada organ-organ tubuh lainnya. Organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat hipertensi antara lain mata berupa perdarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah otak/stroke.

a. 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 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 hipertensif pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir.

b. Kardiovaskular

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri koroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark.

c. Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kapiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membran glomerulus juga akan menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Hal tersebut terutama terjadi pada hipertensi kronik.

d. Otak

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang tinggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mendarahi otak mengalami hipertropi atau penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahnya akan berkurang. Arteri-arteri di otak yang mengalami arterosklerosis melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Ensefalopati juga dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna atau hipertensi dengan onset cepat. Tekanan yang tinggi pada kelainan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, sehingga mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Hal tersebut menyebabkan neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma bahkan kematian. (nuraini,2015)

6. Pemeriksaan Diagnostik Penyakit Hipertensi

a. Pemeriksaan laboratorium.

- 1) Hemoglobin / hematokrit : Dapat mengkaji dari hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti anemia.
- 2) BUN/kreatinin : Dapat memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.

- 3) Glukosa : Hiperglikimia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketakolamin.
- 4) Kolesterol dan trigliserida serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatus

7. Penatalaksanaan Penyakit Hipertensi

a. Penatalaksanaan Pada Pasien Hipertensi Menurut (Jeklin, 2021)

Penatalaksanaan keperawatan dilakukan dengan menerapkan pola hidup yang sehat. Pola hidup yang sehat dapat mencegah ataupun dapat mengurangi risiko permasalahan kardiovaskuler. menurunkan tekanan darah dapat dilakukan dengan pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, serta berhenti merokok.

- a) Pembatasan konsumsi garam Terdapat bukti hubungan antara konsumsi garam dan hipertensi. Konsumsi garam berlebih dapat meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan prevalensi hipertensi.
- b) Perubahan pola makan Pasien hipertensi disarankan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan asam lemak tak jenuh (terutama minyak

zaitun), serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

- c) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal
- d) Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit.
- e) Mengurangi konsumsi alkohol.

b. Penatalaksanaan Medis

Terapi farmakologi yaitu dengan mengonsumsi obat anti hipertensi yang dianjurkan yang bertujuan agar tekanan darah pada penderita hipertensi tetap terkontrol dan mencegah komplikasi. Jenis obat antihipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut :

- 1) Diuretika
- 2) Beta-blocker
- 3) Calcium Channel Blockers (CCB)
- 4) Golongan anti hipertensi lain
- 5) Angiotensin II Reseptor Blokera

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan dalam tahapan proses keperawatan selanjutnya. Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien Hipertensi adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan Data

Data fokus yang perlu dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

1) Identitas

Identitas meliputi:

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

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebagian besar pasien dengan hipertensi menimbulkan gejala sakit kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi, jantung kadang berdebar-debar, rasa cemas berlebihan.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu.

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga.

Biasanya ada riwayat keluarga (keturunan) yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke.

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan-Pola Pemeliharaan Kesehatan

Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid bisa menjadi faktor resiko timbulnya penyakit.

b. Pola Aktivitas / Istirahat

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah kesulitan aktivitas akibat kelemahan, frekuensi jantung

meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, kelelahan.

c. Pola Sirkulasi

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah riwayat hipertensi, atheroskleorosis dan penyakit jantung koroner, tekanan darah meningkat dan takikardi, kulit pucat, (vasokonstriksi perifer), Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda.

d. Pola Eliminasi

Terjadinya gangguan ginjal saat ini seperti obstruksi dan riwayat penyakit ginjal pada masa lalu.

e. Nyeri atau Ketidaknyamanan

Ditemukan adanya nyeri dada, sakit kepala serta nyeri pada tengkuk.

f. Pola Istirahat dan Tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

meliputi keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, dan pemeriksaan TTV yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah.

b. Pemeriksaan Head to Toe

Inspeksi : Kepala dan wajah : Ditemukan keluhan pusing, sakit kepala, nyeri pada tengkuk, wajah tampak lesu, karena kelelahan dan insomnia.

Palpasi : Pasien mengeluh nyeri kepala.

c. Pemeriksaan Mata

Inspeksi : Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung, tampak loyo/layu atau kurang bersemangat.

Palpasi : Edema/papiledema (eksudat atau hemoragik) tergantung pada tingkat keparahan hipertensi.

d. Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi : Pembesaran vena jugularis.

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

e. Pemeriksaan Thoraks

1. Jantung

a) Palpasi : denyut nadi meningkat, jantung takikardi/brakikardia.

b) Perkusi : terdapat bunyi jantung gallop.

c) Auskultasi : bunyi Jantung mumur dan gallop mengeras merupakan gejala dini dari CHF.

2. Paru-Paru

Inspeksi : kesimetrisan dada, pergerakan dada.

Palpasi : adanya retraksi dada /tidak

Perkusi : terdapat bunyi sonor

Auskultasi : suara napas vasikuler

a. Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : kulit pucat.

Palpasi : suhu dingin, CRT > 3 detik

b. Ekstermitas

Inspeksi : adanya edema, episode mati rasa, kelumpuhan separuh badan.

Palpasi : kaji kekuatan otot pasien.

b. Tabulasi Data

Sakit kepala, gelisah, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, nyeri pada tengkuk, mudah lelah, dan impotensi, ketidakmampuan untuk tidur, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, takikardia, distensi vena jugularis, kulit pucat, tampak meringgis, tekanan darah meningkat, merasa lemah, rasa cemas berlebihan, jantung berdebar-debar. Ditemukan dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, Pengisian kapiler lambat atau tertunda.

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, penglihatan kabur, rasa cemas berlebihan, ditemukan dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea.

Data Objektif : Kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, suhu dingin, distensi vena jugularis, tampak pucat/kering, pengisian kapiler lambat/tertunda.

d. Analisa Data

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

1) Resiko Penurunan Curah Jantung

Data subjektif : mengeluh lemah, dispnea

Data objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refill time > 3 detik, warna kulit pucat atau sianosis.

2) Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Data subjektif : penurunan kinerja ventrikel kiri

Data objektif : tidak tersedia

3) Nyeri Akut

Data subjektif : mengeluh nyeri

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

4) Intoleransi Aktivitas

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

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

5) Defisit Pengetahuan

Data subjektif : tidak tersedia

Data objektif: menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis bermusuhan, agitasi, histeria).

6) Resiko Jatuh

Data Subyektif : klien mengeluh penglihatan kabur.

Data Obyektif menggunakan tongkat

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

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

Data subjektif : mengeluh lemah ,dispnea

Data objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refill time > 2 detik, warna kulit pucat atau sianosis.

- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri yang ditandai dengan

Data subjektif : penurunan kinerja ventrikel kiri

Data objektif : tidak tersedia

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

Data subjektif : mengeluh nyeri

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

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

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

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

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Data subjektif : tidak tersedia

Data objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis bermusuhan, agitasi, histeria).

- f. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan yang ditandai dengan :

Data Subyektif : klien mengeluh penglihatan kabur.

Data Obyektif menggunakan tongkat

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Bradikardia menurun (5)
- 2) Takikardia menurun (5)
- 3) Dispnea menurun (5)
- 4) Pucat/sianosis menurun (5)
- 5) Lelah menurun (5)
- 6) Tekanan darah membaik (5)
- 7) Capillary refill time (CRT) membaik (5)

Intervensi **Perawatan jantung**

1) Observasi :

- a) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung
(meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)
- b) Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung
(meliputi peningkatan berat badan, batuk, dan kulit pucat).
- c) Monitor tekanan darah
- d) Monitor intake dan output cairan
- e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f) Monitor saturasi oksigen
- g) Monitor keluhan nyeri dada
- h) Monitor EKG
- i) Monitor nilai laboratorium jantung

2) Terapeutik

- a) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman
- b) Berikan diet jantung yang sesuai (misalnya batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- c) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- d) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu
- e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%

3) Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

- c) Anjurkan berhenti merokok
 - d) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
 - e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu
 - b) Rujuk ke program rehabilitas jantung
- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Tekanan intra kranial menurun (5)
- 2) Sakit kepala menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)
- 5) Kesadaran membaik. (5)

Intervensi **Manajemen peningkatan tekanan intrakranial**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
 - b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas)
 - c) Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, CPP,

- d) Monitor status pernapasan
 - e) Monitor intake dan output cairan
 - f) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna dan konsistensi)
- 2) Terapeutik
- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 - b) Berikan posisi semi fowler
 - c) Cegah terjadinya kejang
 - d) Hindarkan pemberian cairan IV hipotonik
 - e) Atur ventilator agar PaCo₂ optimal
 - f) Pertahankan suhu tubuh normal
- 3) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsa, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
 - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis inflamasi, iskemia, neoplasma)

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Tampak meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Sikap proktektif menurun (5)

- 5) Kesulitan tidur menurun (5)
- 6) Ketegangan otot menurun (5)
- 7) Pola napas membaik (5)

Intervensi **Managemenn Nyeri**

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi,frekuensi, kualitas,intensitas nyeri.
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis hipnosis, akupressur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan,)
- c) Fasilitas istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi

meredakan nyeri

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi Dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan lelah menurun. (5)
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun (5)
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun (5)
- 4) Sianosis menurun (5)
- 5) EKG iskemia membaik (5)

Intervensi **Manajemen energi**

1) Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola dan jam tidur

d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

2) Terapeutik

a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan)

b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

d) Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

3) Edukasi

a) Anjurkan tirah baring

b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan

tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

1) Menjalani pemeriksaan tidak tepat meningkat (1)

2) Perilaku membaik

Intervensi : **Edukasi kesehatan**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi kesiapan dari kemampuan menerima informasi
 - b) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.
 - 2) Terapeutik
 - a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
 - b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
 - c) Berikan kesempatan untuk bertanya.
 - 3) Edukasi
 - a) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
 - b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

diharapkan masalah risiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria Hasil :

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun (1)
- 2) Jatuh saat berdiri menurun (1)
- 3) Jatuh saat duduk menurun (1)
- 4) Jatuh saat berjalan menurun (1)
- 5) Jatuh saat dipindahkan menurun (1)
- 6) Jatuh saat naik tangga menurun (1)
- 7) Jatuh saat dikamar mandi menurun (1)

8) Jatuh saat membungkuk menurun (1)

Intervensi : **Pencegahan Jatuh**

1) Observasi

- a) Identifikasi faktor resiko jatuh (misalnya. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropatik).
- b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi
- c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mislnya lantai licin, penerangan kurang)
- d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misl. Fal morse scale, humpty dumpty scaler) jika perlu
- e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur kekursi roda dan sebaliknya.

2) Terapeutik

- a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- c) Pasang handrail tempat tidur
- d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- e) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station

- f) Gunakan alat bantu berjalan (misl. Kursi roda dan walker)
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan memanggil perawat, jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 - e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dan berbagai aktivitas keperawatan yang telah dituliskan dalam rencana keperawatan pasien, kemampuan penguasaan teknik keperawatan seorang perawat sangat diperlukan pada tahap ini, adapun kemampuan yang diperlukan meliputi kemampuan intelektual untuk menerapkan teori keperawatan kedalam praktek serta kemampuan hubungan interpersonal (Manurung,2011)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan ,perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yng diharapkan telah

tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Manurung, 2011)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan adalah deskriptif. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian adalah subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti atau subyek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti (Arikunto, 2020). Adapun studi kasus yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada pasien Tn. A.S dengan masalah Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Pada Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah

Adapun defenisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

1. Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya.

2. Asuhan keperawatan adalah Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende Jalan Prof. Dr.W.Z Yohanes, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 27 – 29 Juli 2023.

E. Metode/Prosedur Studi kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal. Setelah disetujui oleh pembimbing selanjutnya penulis mengurus surat izin yang dimulai dengan meminta izin kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruang Penyakit Dalam III. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip *head to toe* dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D-III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

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

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental serta perkembangan pasien selama penulis melakukan studi kasus.

2. Data Sekunder

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

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data

dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli Penyakit Dalam, Poli Bedah, Poli Kandungan, Poli Anak, Poli Gigi dan Poli Fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang Rawat Penyakit Dalam, Ruang Rawat Penyakit Bedah, Ruang Rawat Penyakit Kandungan Dan Kebidanan, Ruang Rawat Penyakit Anak, Ruang Rawat Perinatal, Ruang Rawat Intensif (ICU), Ruang Paviliun dan Ruang Perawatan Khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 26 Juli 2023, jam 10.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengumpulan data

Studi kasus dilakukan pada Tn. A.S yang berumur 60 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam III Ruangan B, pasien berjenis kelamin Laki-laki, beragama Katolik, beralamat di Nangapanda, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SMA pasien bekerja sebagai petani. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. K.D.D yang berumur 52 tahun, tinggal di Nangapanda, pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama lemah, pusing, leher terasa tegang, dan pengelihatn kabur.

1) Riwayat Keluhan Utama

Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang, penglihatan kabur sejak Senin tanggal 24 Juli 2023. Setelah itu istri pasien langsung membawa pasien untuk melakukan pemeriksaan di Puskesmas Nangapanda. Pasien didiagnosa Hipertensi, dan dipasang infus Nacl 20 tpm, obat captopril 25 mg/oral dan dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 25 Juli 2023 dengan keluhan lemah, pusing, leher terasa tegang, dan pengelihatn kabur. Tekanan darah 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pasien didiagnosis Hipertensi grade III, dan mendapat

terapi Parasetamol 3x1 gr/iv, captopril 3x25 mg/oral amlodipin 1x10 mg/oral, selanjutnya pasien di rawat di Ruangan RPD 3.

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan bahwa pernah mengalami riwayat penyakit hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan mengalami keluhan yang sama pada bulan Juni 2023. Pasien diperiksakan ke puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhannya berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi yaitu bapak dari pasien.

4) Pemeriksaan Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan.

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya. Pasien merokok dalam sehari dapat menghabiskan 1 bungkus.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan tidak lagi merokok dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan dokter selama masa perawatan.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan yang berminyak,berlemak dan santan.

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan dan tidak mengkonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak, gorengan). Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 53 Kg, TB 156 cm.

c) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: pasien harus tirah baring(*bedrest*) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena lemah disertai pusing leher terasa tegang dan penglihatan kabur.

e) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20 .00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini: keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, tidak terbangun di malam hari dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

f) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan penglihatan kabur, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik, juga bisa merasakan sentuhan dan bisa membedakan rasa (pahit/manis).

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi istri dan anaknya. Pasien juga

mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

Keadaan saat ini pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

i) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i) Pola Sirkulasi Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

j) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya. Keadaan saat ini : pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

k) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

3) Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan *respon eye* 4 (membuka spontan), *respon verbal* 5 (Spontan bicara) dan *respon motorik* 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 190/100 mmHg, Nadi : 76x/m, suhu : 36,1 °C, SpO2 : 95%. RR : 18 x/m. BB : 53 TB : 156 IMT : 21,77 (berat badan normal). Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, visus 6/12. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo). Pemeriksaan leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : tidak ada suara napas tambahan. Pada pemeriksaan jantung normal, murmur dan Gallop tidak ada. pemeriksaan abdomen : inspeksi bentuk simetris, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genitalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang stoper pada

tangan kanan. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap, kekuatan otot baik.

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pada tanggal 25 Juli 2023 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

1) Darah Lengkap.

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	5.79	[10 ³ /U1]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.14	[10 ³ /U1]	(1.00-3.70)
MONO#	0.50	[10 ³ /U1]	(0.00-0.70)
EO#	0.16	[10 ³ /U1]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /U1]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.95	[10 ³ /U1]	(1.50-7.00)
LYMPH%	19.7%	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.6	[%]	(2.0-8.0)
EO%	2.8	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.7	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	0.82	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.01	[10 ³ /U1]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.58	[10 ⁶ /U1]	(4.40-5.90)
HGB	12.2	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	35.3	[%]	(40.0-52.0)
MCH	77.5	[fL]	(80.0-100.0)
HCH	35.5	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	36,7	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- EU	12.9	[%]	(11.5-14.5)
PLT	155	[10 ³ /U1]	(150-450)
MPV	9.4	(fL)	(90- 13.0)

2) Kimia Darah Lengkap

➤ Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Cholesterol Total	240 mg/dL	(3.80-10.60)
High Density Lipoprotein(HDL)	35 mg/dL	≥ 45 mg/dL
Low Density Lipoprotein(LDL)	150 mg/dL	≤ 130 mg/dL
Trigliserida	170 mg/dL	≤ 150 mg/dL

➤ Elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Natrium	137,8 mmol/L	135-145 mmol/L
Kalium	3,04 mmol/L	3,5 – 5,1 mmol/L
Chlorida	111,3 mmol/L	98-106 mmol/L

b. Pemeriksaan *CT Scan* Kepala

Pada tanggal 26 Juli 2023

Kesimpulan :

Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

5) Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 26 Juli 2023 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah mecobalamin 2x500 mg/iv, Citicoline 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x10 mg/oral, Parasetamol 3x1g/iv, captopril 3x25 mg/oral , Aspar k 1x1, Aspilet 1x80 mg/oral.

b. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang, penglihatan kabur, tekanan darah 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada bagian tangan kanan, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL. Pada pemeriksaan CT Scan terdapat *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang, dan penglihatan kabur.

Data objektif : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 110x/menit, Suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara lambat (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL. Pada pemeriksaan CT Scan terdapat *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum*

kanan dan pons.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

1) Data subjektif: Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang.

Data objektif : Tampak terjadi perubahan tekanan darah, nadi saat pasien melakukan aktivitas dan mengeluh pusing.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.

2) Data subjektif : pasien merasa pusing dan leher tegang.

Data objektif : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia.

- 3) Data subjektif : pasien merasa pusing

Data objektif : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : x/menit, Suhu :
36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

- 4) Data subjektif : Pasien mengatakan mengkonsumsi obat yang diberikan setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya. Pasien juga merokok, 1 bungkus rokok dihabiskan dalam sehari

Data objektif: Pasien tampak menunjukkan cara pandang yang keliru tentang penggunaan obat hipertensi yang harus diminum seumur hidup.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran.

- 5) Data subjektif : pasien mengeluh penglihatan kurang jelas (kabur)

Data objektif : ketajaman penglihatan berkurang.

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.

6) Data Subjektif : -

Data objektif : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang , tidak jelas (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Berdasarkan tanda dan gejala yang timbul pada pasien tersebut maka diangkat masalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data –data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. A.S adalah sebagai berikut :

a. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring yang ditandai dengan :

DS: pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang.

DO:Tampak terjadi perubahan tekanan darah, nadi saat pasien melakukan aktivitas dan mengeluh pusing.

- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi hiperkolesteronemia, yang ditandai dengan :

DS: pasien merasa pusing dan leher tegang.

DO: tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

- c. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, yang ditandai dengan:

DS : pasien merasa pusing

DO: tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO₂ : 95%, RR : 18x/menit.

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan mengkonsumsi obat yang diberikan setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya.

Pasien juga merokok, 1 bungkus rokok dihabiskan dalam sehari

DO: Pasien tampak menunjukkan cara pandang yang keliru tentang penggunaan obat hipertensi yang harus diminum seumur hidup.

e. Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, yang ditandai dengan:

DS: pasien mengeluh penglihatan kurang jelas (kabur)

DO: ketajaman penglihatan berkurang

f. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, yang ditandai dengan :

DS:-

DO : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang , tidak jelas (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

4. Rencana Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Prioritas Masalah:

- a. Intoleransi aktifitas
- b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- c. Resiko Penurunan curah jantung
- d. Defisit Pengetahuan
- e. Resiko Jatuh
- f. Gangguan Komunikasi verbal

1) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring yang ditandai dengan:

DS : Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang.

DO :Tampak terjadi perubahan tekanan darah, nadi saat melakukan aktivitas dan mengeluh pusing.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi

Kriteria hasil : keluhan lelah menurun. (5), TD menurun (5. rasa tidak nyaman berkurang (5)

Intervensi: **Manajemen energi**, **Observasi:** Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, **Terapeutik:** Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Fasilitas duduk disisi tempat tidur , jika tidak dapat berpindah atau berjalan. **Edukasi:** Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan

aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Kolaborasi: Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

- 2) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesterolemia

DS: pasien merasa pusing dan leher tegang

DO: tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi

Kriteria hasil : Tekanan intra kranial menurun (5), Gelisah menurun (5), Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5), Kesadaran membaik (5).

Intervensi:

Observasi : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), Monitor MAP, CVP,

PAWP, PAP, ICP, CPP, Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan, Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna dan konsistensi) **Therapeutik:** Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. **Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu. Penatalaksanaan Citicoline 2x500 mg/IV

- 3) Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

DS : pasien merasa pusing

DO: tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : x/menit, Suhu : 36,1 °C,

SPO2 : 95%, RR : 18x/menit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penurunan curah jantung meningkat

Kriteria hasil: Bradikardia menurun (5), Takikardia menurun (5), Dispnea menurun (5), Pucat/sianosis menurun (5), Lelah menurun (5), Tekanan darah membaik (5).

Intervensi:

Observasi : 1) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea), 2) Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, batuk, dan kulit pucat), 3) Monitor tekanan

darah, 4) Monitor intake dan output cairan, 5) Monitor saturasi oksigen, 6) Monitor keluhan nyeri dada. **Therapeutik :** 7) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman, 8) Berikan diet jantung yang sesuai (misalnya batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak), 9) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat, 10) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. **Edukasi :** 12) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi, 13) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap, 14) Anjurkan berhenti merokok. **Kolaborasi :** Penatalaksanaan : Amlodipin 1x10 mg/oral dan sesuai program terapi. Amlodipin merupakan golongan obat antihipertensi dengan mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah lancar tanpa ada tekanan dan menurunkan tekanan darah.

- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran.

DS : Pasien mengatakan mengkonsumsi obat yang diberikan setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya.

Pasien juga merokok, 1 bungkus rokok dihabiskan dalam sehari

DO: Pasien tampak menunjukkan cara pandang yang keliru tentang penggunaan obat hipertensi yang harus diminum seumur hidup.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan klien teratasi dengan

Kriteria hasil : pasien mengungkapkan pemahaman tentang penyakitnya. **Observasi** : 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, 2) Identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi, perilaku hidup bersih dan sehat. **Therapeutik** : 3) berikan kesempatan untuk bertanya. **Edukasi** : 4) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi keadaan, 5) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, 6) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

5) Resiko jatuh berhubungan gangguan penglihatan.

DS: pasien mengeluh penglihatan kurang jelas (kabur)

DO: keluarga pasien tampak membantu dengan memegang tangan pasien saat ke kamar mandi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria Hasil: Jatuh dari tempat tidur menurun (1), Jatuh saat berdiri menurun (1) Jatuh saat duduk menurun (1), Jatuh saat berjalan menurun (1), Jatuh saat dikamar mandi menurun (1).

Intervensi

Observasi : Identifikasi faktor resiko jatuh (mislnya. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropatik), Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai

dengan kebijakan institusi, Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mislnya lantai licin, penerangan kurang), Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur kekursi roda dan sebaliknya. **Therapeutik** : Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga, Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, Pasang handrail tempat tidur, Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station, Gunakan alat bantu berjalan (misl. Kursi roda dan walker). **Edukasi** : Anjurkan memanggil perawat, jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

- 6) Gangguan Komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

DS:-

DO : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan yang, tidak jelas (berbicara pelo), pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, *Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.*

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat

Kriteria hasil: Kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah tubuh meningkat, pelepasan meningkat. **Observasi** : 1) monitor kecepatan tekanan kuantitas volume diksi bicara, 2) monitor proses kognitif anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis memori, pendengaran dan bahasa), 3) identifikasi perilaku marah, depresi, atau hal yang mengganggu bicara. **Therapeutik** : 4) kesesuaian gaya komunikasi dengan kebutuhan saksama tunjukkan satu gagasan/ pemikiran sekaligus bicara dengan perlahan dan dengarkan seksama, 5) ulangi apa yang disampaikan pasien. **Edukasi** : Anjurkan bicara perlahan perlahan.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Kamis, 27 Juli 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Identifikasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas: pasien merasa pusing dan leher tegang, tekanan darah meningkat setelah beraktivitas dari kamar mandi) 07.05 Menganjurkan pasien untuk tirah baring 07.20 Menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : TD 190/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Jam 07. 40 Memonitor tanda-tanda vital TD 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, RR : 18x/menit, SPO₂: 95%, MAP (*Mean Arteri Pressure*): 130 mmHg. Jam 08.05 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Memberikan posisi head up 30°.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 08.15 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung : pasien tidak mengalami sesak napas kelelahan, maupun oedema. Jam 08.20 Mengobservasi saturasi oksigen : SPO₂ 95% . Jam 08.25 Memonitor keluhan nyeri dada : pasien tidak mengalami nyeri dada. Jam 08.30 Menganjurkan pasien untuk diet rendah garam, rendah lemak serta batasi konsumsi kopi. Jam 08.35 Menganjurkan pasien untuk terapi relaksasi untuk mengurangi stress seperti relaksasi napas dalam yaitu dengan menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan lewat mulut dan membayangkan seolah beban pikiran sudah dilepaskan : pasien tampak mengikuti anjuran yang diberikan. Jam 08.45 Menganjurkan pasien beraktifitas secara bertahap seperti dari posisi tidur kemudian miring dan ke posisi duduk. Jam 12.00 melayani diet rendah garam dan rendah lemak 1 Porsi + obat oral captoril 25 mg/oral (P.C) + amlodipin 10 mg/oral (P.C).

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 09.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.20 Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi : setelah diberikan penjelasan pasien mampu mengulang kembali tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, mengkonsumsi kafein, alkohol, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga. Jam 09.25 Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan : pasien berjanji bahwa selalu mengontrol kesehatan dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan. Jam 09.30 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya : pasien dan keluarga tampak menanyakan makanan apa yang harus dihindari dalam penanganan hipertensi.

Diagnosa Keperawatan V

Jam 09.30 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh : pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur, semua aktifitas di tempat tidur. Jam 09.40 Menganjurkan keluarga pasien (apabila keluhan pusing dan leher tegang berkurang) untuk selalu memperhatikan kebersihan lantai sebelum pasien ke kamar mandi. Jam 09.50 Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. 10.00 Memastikan gelang resiko jatuh

tetap terpasang pada pasien : pasien tampak menggunakan gelang resiko jatuh berwarna kuning.

Diagnosa Keperawatan VI

Jam 10.10 Memonitor kecepatan dan volume bicara : pasien tampak berbicara pelan dan tidak jelas jam 10.15 Mengidentifikasi perilaku emosional yang dapat mengganggu proses bicara pasien : pasien dapat berbicara dengan intonasi yang lebih tidak jelas saat marah. Jam 10.20 mengajarkan pasien untuk menyebutkan vokal A,I,U,E,O dan meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat. Jam 10.30 Menganjurkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dengan selalu ada saat pasien butuh. 10.40 Menganjurkan pasien berbicara perlahan.

Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Jumad, 28 Juli 2023

Diagnosa Keperawatan I

07.00 Monitor aktivitas pasien: pasien belum bisa melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi karena masih merasa pusing dan leher tegang
07.05 Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap seperti miring ke kanan /miring ke kiri , dari posisi berbaring lalu miring dan bangun ke posisi duduk. menjelaskan efek samping ketika melakukan aktifitas saat tekanan darah meningkat.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.40 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK : TD 170/100

mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. 08.05 Memonitor tanda-tanda vital : TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96% , MAP 123 mmHg. Jam 08.15 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Mengingatkan kembali keluarga dan pasien untuk selalu memberikan posisi tidur dengan posisi head up 30⁰.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 08.25 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung : pasien tidak mengalami sesak napas, kelelahan dan tidak ada oedema 08.35 Mengobservasi saturasi oksigen : SPO₂ 96%. Jam 08.40 Memonitor keluhan nyeri dada : pasien tidak ada keluhan nyeri dada, Jam 09.00 Mengingatkan kembali pasien untuk diet rendah garam, rendah lemak serta batasi konsumsi kopi. Jam 09.10 Menganjurkan pasien untuk manajemen stress dengan baik seperti dengan berdoa, relaksasi napas dalam yaitu dengan menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan lewat mulut dan membayangkan seolah beban pikiran sudah dilepaskan. Jam 09.30 Menganjurkan pasien beraktifitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur pasien. Jam 12.00 melayani diet rendah garam dan rendah lemak 1 Porsi + obat oral captoril 25 mg/oral (P.C) + amlodipin 10 mg/oral (P.C).

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 09.20 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi : pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.30 Menjelaskan kembali kepada pasien tentang hipertensi, faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup: setelah diberikan penjelasan pasien masih mengingat dan mampu mengulang kembali tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, mengkonsumsi kafein, alkohol, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup

Diagnosa Keperawatan V

Jam 10.20 Memastikan kembali roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci. Jam 10.30 Memastikan ulang gelang resiko jatuh tetap terpasang pada pasien : pasien tampak menggunakan gelang resiko jatuh berwarna kuning.

Diagnosa Keperawatan V1

Jam 10.35 Menganjurkan pasien untuk mengeja angka seperti sa-tu, du-a, ti-ga, dst. Jam 10.40 Menganjurkan pasien untuk mengulang kembali aa yang diajarkan.

6. Evaluasi Keperawatan

Tanggal 27 Juli telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang, tekanan darah meningkat setelah beraktivitas seperti ke kamar mandi.

DO: Tampak terjadi perubahan tekanan darah, nadi saat melakukan aktivitas dan mengeluh pusing.

A : Intoleransi aktifitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4'

Diagnosa Keperawatan II

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang.

DO: TD 190/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, RR : 18x/menit, SPO2 95%.

A : Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4,5.

Diagnosa Keperawatan III

DS : pasien mengatakan lemah tidak mengalami sesak napas, tidak ada oedema

DO : TD: 190/100 mmHg, Nadi : x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO₂ : 95%, RR : 18x/menit, tidak tampak oedema.

A : Masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien mengatakan sudah memahami tentang hipertensi serta mengkonsumsi obat secara teratur

DO : Pasien mampu menjelaskan ulang tentang hipertensi serta menyebutkan terapi anti hipertensi dan memahami penggunaan obat hipertensi

A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan V

DS : Pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur, aktifitasnya masih di tempat tidur saja.

DO : Pasien tampak berbaring di tempat tidur saja.

A : Masalah resiko cedera sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan VI

DS : -

DO : Pasien tampak berbicara lambat dan sebutannya tidak jelas (berbicara pelo) tapi masih bisa dimengerti.

A : Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4.

Tanggal 28 Juli telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

DS : Pasien masih merasa pusing dan leher tegang setelah beraktivitas ke kamar mandi.

DO: Tampak terjadi perubahan tekanan darah, nadi saat melakukan aktivitas dan mengeluh pusing.

A : Intoleransi aktifitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4.

Diagnosa Keperawatan II

DS : pasien merasa pusing dan leher tegang berkurang.

DO : tampak kesadaran *compos mentis*, GCS 15 (E:4 V:5.M:6), TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96%

A : masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi

P : lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan III

DS : pasien tidak mengalami sesak napas, dan tidak ada oedema

DO: TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96%, tidak ada oedema

A : Masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4,5

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

DO: pasien mampu menjelaskan tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, mengonsumsi kafein, alkohol, makanan yang berlemak, asin dan tidak berolahraga.

A : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4.

Diagnosa Keperawatan V

DS: pasien mengatakan penglihatannya masih kurang jelas (kabur)

DO: Keluarga pasien tampak membantu dengan memegang tangan pasien saat ke kamar mandi.

A : Masalah resiko cedera sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4.

Diagnosa Keperawatan VI

DS :-

DO : pasien tampak berbicara lambat dan sebutan tidak jelas (berbicara pelo).

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3,4.

Catatan Perkembangan Hari Sabtu, 29 Juli 2023 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

S : pasien mengatakan pusing dan leher tegang berkurang sejak mulai tirah baring.

O : TD 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit.

A : intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1, 2,3.

I : 07.00 Monitor aktivitas pasien: pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur 07.05 Mengingatkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap r 07.10 Mengingatkan keluarga untuk membatasi jam kunjung pasien

E : pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur.

Diagnosa Keperawatan II

S : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang

O : Tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO₂ : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks.

A : Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi.

P : Intervensi dipertahankan

I : Jam 08.00 Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK : pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang 08.10 Memonitor tanda-tanda vital : TD 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, RR : 18x/menit, SPO₂ 96%, MAP: 120 mmHg. Jam 08.15 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv,

E: pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang, TD 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, RR : 18x/menit, SPO₂ 96%, MAP 120 mmHg.

Diagnosa Keperawatan III

S : pasien tidak mengalami sesak napas, kelelahan dan tidak ada oedema

O : tidak tampak oedema, tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO₂ : 96 %, RR : 18x/menit, SPO₂ 96%,

A : Masalah resiko penurunan curah jantung sebagian teratasi

P : intervensi dipertahankan

I : Jam 08.25 Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung : pasien tidak mengalami sesak napas kelelahan, maupun tidak ada oedema Jam 08.35 Jam 08.40 Mengobservasi saturasi oksigen : SPO₂

96% Jam 08.45 Memonitor keluhan nyeri dada : pasien tidak ada keluhan nyeri dada. Jam 08.55 Menganjurkan pasien untuk terapi relaksasi untuk mengurangi stress seperti relaksasi napas dalam yaitu dengan menarik napas melalui hidung, tahan selama 3 detik lalu hembuskan secara perlahan lewat mulut dan membayangkan seolah beban pikiran sudah dilepaskan. 12.00 Melayani diet rendah garam dan rendah lemak 1 Porsi + obat oral captoril 25 mg/oral (P.C) + amlodipin 10 mg/oral (P.C).

E: pasien mengatakan tidak sesak napas ,tidak ada oedema serta tidak mengalami kelelahan.

Diagnosa Keperawatan IV

S : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

O : Pasien mampu menjelaskan tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi.

A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Pertahankan intervensi

I : Jam 09.00 mengingatkan kembali pasien dan keluarga pasien untuk selalu rajin mengontrol kesehatan dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan.

Jam 09.20 mengigatkan kembali pasien untuk selalu menjaga gaya hidup dan pola makan yang sehat seperti makanan yang rendah garam, rendah lemak serta kurangi makan yang berminyak. Jam 09.40 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya.

E : pasien mampu menyebutkan kembali faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi serta memahami apa yang disampaikan oleh

perawat.

Diagnosa Keperawatan V

S: pasien mengeluh penglihatan kurang jelas (kabur)

O: keluarga pasien tampak membantu dengan memegang tangan pasien saat ke kamar mandi serta memberikan dukungan kepada pasien saat pasien membutuhkan keluarga.

A: masalah resiko cedera sebagian teratasi

P: pertahankan intervensi.

I: Jam 09.30 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh : pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur dan untuk berpindah atau ke kamar mandi masih selalu dibantu oleh keluarga 10.00 Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci

E: pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur dan untuk berpindah atau ke kamar mandi dibantu oleh keluarga.

Diagnosa Keperawatan VI

S :-

O : pasien tampak berbicara tidak jelas tapi masih bisa dimengerti.

A : masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P : pertahankan intervensi

I : Jam 10.00 Memonitor kecepatan dan volume bicara : Pasien tampak berbicara tidak jelas tapi masih bisa dimengerti. Jam 10.15 Mengingatkan keluarga untuk selalu memberikan dukungan psikologis kepada pasien : keluarga tampak selalu memberikan dukungan kepada pasien dan selalu

ada disaat pasien butuh. Jam 10.20 meminta pasien untuk mengulang secara perlahan apa yang disampaikan perawat.

E : pasien tampak berbicara tidak jelas (berbicara pelo) tapi masih bisa dimengerti.

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn A.S di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn A.S ditemukan pasien merasa lemah pusing leher tegang, penglihatan kabur dan bicara pello, tekanan darah 190/100 mmHg. Menurut Kemenkes RI, 2019 menyatakan bahwa penyakit hipertensi menunjukkan gejala seperti : sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, rasa sesak di dada, mudah lelah, penglihatan kabur, serta tekanan darah meningkat $\geq 140/90$ mmHg.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Tn A.S. Keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, rasa sesak di dada. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena selama perawatan sejak tanggal 25 – 29

Juli 2023 pasien sudah rutin mengkonsumsi obat captoril 3x25 mg/oral dan amlodipin 1x10 mg/oral dimana kerja Captopril adalah salah satu obat yang masuk ke dalam golongan ACE (*Angiotensin Converting Enzyme*) inhibitor. ACE inhibitor adalah obat yang bekerja dengan mencegah produksi angiotensin di tubuh, sehingga pembuluh darah dapat kembali rileks dan melebar. Mekanisme inilah yang akan membuat tekanan darah turun. Sedangkan amlodipin merupakan obat penurunan tekanan darah yang masuk ke dalam golongan calcium channel blocker (CCB). Obat ini bekerja dengan cara mencegah masuknya kalsium ke sel otot polos yang terdapat di jantung dan pembuluh darah. Sebab, apabila ada kalsium yang masuk, pembuluh darah dan jantung akan bereaksi dengan cara berkontraksi lebih kuat dan kencang, tekanan darah pun meningkat. dengan mencegah kalsium masuk, kenaikan tekanan darah tidak akan terjadi.

Keluhan yang ada pada kasus Tn A.S dan tidak ada pada teori yaitu bicara pelo. Hal ini disebabkan karena pasien sudah mengalami komplikasi dari hipertensi yaitu *stroke non hemoragic* yang menyebabkan suplai darah ke otak berkurang sehingga terjadinya *infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons* dimana berfungsi mengirimkan impuls ke saraf hipoglossus dan glossofaringeus (Saraf Cranial XII dan IX) yang mengatur pergerakan otot lidah agar

berbicara dan menelan. Hal ini di dukung oleh Made, dkk, 2019 (Terapi AIUEO Terhadap Kemampuan Berbicara (Afasia Motorik) Pada Pasien Stroke) yang mengatakan bahwa komplikasi dari hipertensi akan menyebabkan stroke yang menyerang otak kiri dan mengenai pusat bicara, kemungkinan pasien akan mengalami gangguan bicara atau afasia, karena otak kiri berfungsi untuk menganalisis, pikiran logis, konsep, dan memahami bahasa.

Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk keluhan seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan berlemak dan asin, serta rutin berolahraga, mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat secara teratur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn A.S adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan, hipertensi, hiperkolesteronemia, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Sedangkan diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi menurut Kardiyudiani, 2019 (Keperawatan Medikal Bedah I) yaitu resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan

perubahan afterload, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis inflamasi, iskemia), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan pengelihatan.

Diagnosa keperawatan yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus Tn.A.S adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis inflamasi, iskemia), Diagnosa ini tidak ditegakan karena tidak ada data seperti pasien mengeluh nyeri atau ekspresi menyeringai yang mendukung untuk ditegakkan suatu diagnosa. Hal ini disebabkan karena pasien sudah rutin mengkonsumsi obat captopril dan amlodipin yang berfungsi untuk menurunkan tekanan darah sehingga dapat mengurangi kondisi *iskemik atau infark*.

Sedangkan diagnosa yang tidak ada pada teori tetapi ada pada kasus yaitu gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral. Diagnosa ini ditegakan karena didukung dengan data bicara pello atau bicara tidak jelas, hasil CT Scan tampak *infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons* dimana berfungsi mengirimkan impuls ke saraf hipoglosus dan glosofaringeus (Saraf

Cranial XII dan IX) yang mengatur pergerakan otot lidah agar berbicara dan menelan.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang ada. Untuk masalah keperawatan yang ada pada kasus yaitu intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia yaitu : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, (mis tekanan darah, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), monitor MAP. Masalah keperawatan resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yaitu : identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, oedema, ortopnea), identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, batuk, dan kulit pucat), monitor tekanan darah, monitor saturasi oksigen, anjurkan aktivitas secara bertahap. Masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran yaitu : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih

dan sehat. Masalah keperawatan resiko jatuh berhubungan dengan gangguan pengelihatan : Identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (misalnya lantai licin, penerangan kurang), pastikan roda temat tidur dalam kondisi terkunci. Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral yaitu : monitor kecepatan tekanan diksi bicara, monitor proses kognitif anatomis fisiologis yang berkaitan dengan bicara mis memori, pendengaran, dan bahasa.

Masalah keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ditemukan pada kasus tidak ditentukan dan tidak dibuatkan dalam perencanaan.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan. Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan perencanaan pada diagnosa I Monitor aktivitas pasien, Menganjurkan pasien untuk tirah baring, serta menjelaskan efek samping ketika melakukan aktifitas saat tekanan darah meningkat, Mengingatkan keluarga untuk membatasi jam kunjung pasien. diagnosa II : Resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK , Memonitor tanda-tanda vital Melayani pasien injeksi obat, Memberikan posisi head up 30⁰. Pada diagnosa III : Mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung, Mengobservasi saturasi oksigen, Memonitor keluhan nyeri, Menganjurkan pasien untuk diet rendah garam, rendah lemak serta batasi konsumsi kopi, Menganjurkan pasien beraktifitas

secara bertahap. Diagnosa ke IV : Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi, Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan. Diagnosa ke V : Mengidentifikasi faktor resiko jatuh, Menganjurkan keluarga pasien untuk selalu memperhatikan kebersihan lantai sebelum pasien ke kamar mandi Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, Memastikan gelang resiko jatuh tetap terpasang pada pasien. Diagnosa ke VI : Memonitor kecepatan dan volume bicara, Mengidentifikasi perilaku emosional yang dapat mengganggu proses bicara pasien, Menganjurkan pasien berbicara perlahan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapam terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan asien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah intoleransi aktifitas teratasi sebagian dengan hasil: pasien mengatakan pusing dan leher tegang berkurang sejak mulai tirah baring, resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang, TD 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96%, MAP 123 mmHg, diagnosa resiko penurunan curah jantung teratasi sebagian dengan hasil

pasien mengatakan pusing berkurang, tidak ada oedema dan kelelahan, tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, diagnosa defisit pengetahuan teratasi sebagian dengan hasil mamu menjelaskan hipertensi serta menyebutkan 3 dari 6 faktor resiko hipertensi, diagnosa resiko cedera teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur dan untuk berpindah atau ke kamar mandi dibantu oleh keluarga, diagnosa gangguan komunikasi verbal belum teratasi dengan hasil: pasien tampak berbicara tidak jelas (berbicara pelo), tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Tn.A.S maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan pasien merasa pusing leher tegang, penglihatan kabur dan bicara pello.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul ada kasus Tn A.S adalah intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring, resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, hiperkolesteronemia, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, defisit pengetahuan berhubungan dengan kekeliruan mengikuti anjuran, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.
4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018)
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian.

6. Pelaksanaan asuhan keperawatan tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan selalu meningkatkan gaya hidup yang sehat dan teratur serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi dari hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aan, N., Ristina, M., & Anna, A. (2017). Strategi pencegahan hipertensi. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(3), 174–178. [Jurnal.unpad.ac.id/pkm/article/view/16389/7969](http://jurnal.unpad.ac.id/pkm/article/view/16389/7969)
- Direktorat P2PTM. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (p. 1). <https://p2ptm.kemkes.go.id/informasi-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah%0Ahttp://p2ptm.kemkes.go.id/informasi-p2ptm/hipertensi-penyakit-jantung-dan-pembuluh-darah>
- Doengoes , 2001. Dalam *Idea Nursing Journal* (Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Hipertensi). [file:///C:/Users/asus/Downloads/6360-13298-1-SM%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/6360-13298-1-SM%20(6).pdf). diakses ada tanggal 16 Agustus 2023 pukul 18.00.
- Fernalia, Keraman, B., & Putra, R. S. (2021). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SELF CARE MANAGEMENT PADA PASIEN HIPERTENSI*. 5(February), 6.
- Hariawan, H., & Tatisina, C. M. (2020). Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo*, 1(2), 75. <https://doi.org/10.32807/jpms.v1i2.478>
- Hartati, Y. (2018). Pengaruh Brisk Walking Exercise Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Andalas Kota Padang. *Keperawatan*, 2(02), 1–10. <http://scholar.unand.ac.id/22316/>
- Hasan, 2018. *Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan “Implementasi Evidence Based Nursing pada Pasien dengan Stroke Non-Hemoragik”* <https://ejournal.ildikti10.id/index.php/endurance/article/viewFile/4421/1611> .diakses ada tanggal 16 Agustus 2023 pukul 18.00.
- Jeklin, A. (2021). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Hipertensi Dengan Perilaku Pencegahan Terjadinya Hipertensi Pada Jemaah Haji*. July, 1–23.
- Kardiyudiani, K. (2019) Keperawatan Medikal Bedah I
- Kemenkes. (2019). Hipertensi , Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah -
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Hari Hipertensi Dunia 2019 : “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK.”. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (pp. 1–10). <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/dki-jakarta/hari-hipertensi-dunia-2019-know->

your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik

Maring, F. N. A., Purnawan, S., & Ndun, H. J. N. (2022). Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Naibonat. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 1(1), 19–26. <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v1i1.187>

Mathematics, A. (2016). *program pemerintah hipertensi*. 1–23.

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

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

Rokhlaeni, 2001. Dalam Idea Nursing Journal (Asuhan Keperawatan pada Lansia Dengan Hipertensi). file:///C:/Users/asus/Downloads/6360-13298-1-SM%20(6).pdf. diakses ada tanggal 16 Agustus 2023 pukul 18.00.

SLKI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi , Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI

Sari, N. P. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi yang di Rawat di Rumah Sakit. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI Novia Puspita Sari.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI%20Novia%20Puspita%20Sari.pdf)

Suku, M., Penelitian, T., & Ratu, J. M. (2020). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf11305> Hubungan antara Karakteristik Demografi dan Pengetahuan dengan Self Management Hipertensi Pada Masyarakat Suku Timor: Penelitian. 11(2), 245–252.

Sulistiani, N., & Surury, I. (2022). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi pada Pegawai di Pusdiklat Pajak Kemanggisian Jakarta Barat Tahun 2021. 15(2). <https://doi.org/10.32763/juke>

Sultan, A. A. A. (2022). Faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan hipertensi pada remaja di sman 6 bone. *Universitas Hasanuddin Makasar*, 1–68.



**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: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADAPASIEN TN. A.S DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Juli 2023

I. Pengumpulan Data

a. Identitas pasien

Nama : Tn. A.S
Umur : 60 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Agama : Katolik
Alamat : Nangapanda
Dx. Medik : Hipertensi grade III

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. K.D.D
Umur : 52 tahun
Hubungan dengan klien : Istri dari pasien
Alamat : Nangapanda

II. Keadaan Umum

a. Riwayat kesehatan

- 1) Keluhan utama : Pasien merasa lemah, pusing, leher terasa tegang dan penglihatan kabur.
- 2) Riwayat kesehata sekarang : Pasien merasa lemah, pusing, leher terasa tegang, penglihatan kabur sejak Senin tanggal 24 Juli 2023. Setelah itu istri pasien langsung membawa pasien untuk melakukan pemeriksaan di Puskesmas Nangapanda. Pasien didiagnosa Hipertensi, dan dipasang infus Nacl 20 tpm, obat captopril 25 mg/oral dan dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 25 Juli 2023 dengan keluhan lemah, pusing, leher terasa tegang, dan pengelihatan kabur. Tekanan darah 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pasien didiagnosis Hipertensi grade III, dan mendapat terapi Parasetamol 3x1 gr/iv, captopril 3x25 mg/oral amlodipin 1x10 mg/oral, selanjutnya pasien di rawat di Ruang RPD 3.
- 3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu : Pasien mengatakan bahwa pernah mengalami riwayat penyakit hipertensi sejak 1 tahun yang lalu dan mengalami keluhan yang sama pada bulan Juni 2023. Pasien diperiksakan ke puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan

tetapi setelah keluhannya berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya.

- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga: Pasien mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi yaitu bapak dari pasien.

b. Pemeriksaan Pola Kesehatan

1) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien dan pasien mengatakan apabila sakit selalu berobat ke Puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya. Pasien merokok dalam sehari dapat menghabiskan 1 bungkus. Keadaan saat ini: pasien mengatakan tidak lagi merokok dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan dokter selama masa perawatan.

2) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi, sayur, ikan, tempe tahu. Tidak ada pantangan dalam makan. Pasien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumannya air putih, berat badan 50 Kg, tinggi badan 156 cm. Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan dan tidak mengkonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak, gorengan). Pasien

minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 53 Kg, TB 156 cm.

3) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK. Keadaan saat ini : pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan pasien bekerja sebagai petani. Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Keadaan saat ini: pasien mengatakan mampu melakukan secara mandiri seperti makan, minum, berpakaian, mandi, toileting, berpindah hanya keluarga pasien masih membantu dan mengawasi pasien karena takut pasien jatuh.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20 .00-05.00 sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang

berhubungan dengan tidur. Keadaan saat ini : keluarga pasien mengatakan pasien tidur mulai pukul 19.00, tidak terbangun di malam hari dan bangun pagi hari sekitar pukul 05.00, tidur siang 1-2 jam.

6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik. Keadaan saat ini: pasien mengatakan penglihatan kabur, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik, juga bisa merasakan sentuhan dan bisa membedakan rasa (pahit/ manis).

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi istri dan anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya. Keadaan saat ini pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja. Keadaan saat

ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Sirkulasi Reproduksi : Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya. Keadaan saat ini : pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

11) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja. Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

c. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan *respon eye* 4 (membuka spontan), *respon verbal* 5 (Spontan bicara) dan *respon motorik* 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 190/100 mmHg, Nadi : 76x/m, suhu : 36,1 °C, SpO2 : 95%. RR : 18 x/m. BB : 53 TB : 156 IMT : 21,77 (berat badan normal).

a. Kepala : Tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban.

b. Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera

tidak ikteris.

- c. Telinga : Tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar.
- d. Hidung : Simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung.
- e. Mulut : Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo).
- f. Pemeriksaan leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.
- g. Dada
 - Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada
 - Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
 - Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan
- h. Jantung : normal
- i. Abdomen
 - Inspeksi : Simetris
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 - Perkusi : Bunyi normal
 - Auskultasi : Bunyi bising usus normal 12 x/m
- j. Genetalia : Tidak dilakukan pemeriksaan karena menjaga privasi klien
- k. Integumen : kulit tampak lembab
 - l. Ekstermitas
 - Atas : Tidak ada edema, jari tangan lengkap, CRT<3 detik, terpasang stoper pada tangan kanan.
 - Bawah : Tidak ada edema, jari kaki lengkap, fungsi otot baik

4. Pemeriksaan Penunjang

a. Pada tanggal 25 Juli 2023 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

3) Darah Lengkap.

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	5.79	[10 ³ /U]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.14	[10 ³ /U]	(1.00-3.70)
MONO#	0.50	[10 ³ /U]	(0.00-0.70)
EO#	0.16	[10 ³ /U]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /U]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.95	[10 ³ /U]	(1.50-7.00)
LYMPH%	19.7%	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.6	[%]	(2.0-8.0)
EO%	2.8	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.7	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	0.82	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.01	[10 ³ /U]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.58	[10 ⁶ /U]	(4.40-5.90)
HGB	12.2	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	35.3	[%]	(40.0-52.0)
MCH	77.5	[fL]	(80.0-100.0)
HCH	35.5	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	36,7	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- EU	12.9	[%]	(11.5-14.5)
PLT	155	[10 ³ /U]	(150-450)
MPV	9.4	(FL)	(90- 13.0)

4) Kimia Darah Lengkap

➤ Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	NILAI RUKUKAN
Cholesterol Total	240 mg/dL	≥ 200 mg/dL
HDL-Cholesterol Total	35 mg/dL	≥ 45 mg/dL
LDL-Cholesterol Total	150 mg/dL	≤ 130 mg/dL
Trigliserida	170 mg/dL	≤ 150 mg/dL

➤ Elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Natrium	137,8 mmol/L	135-145 mmol/L
Kalium	3,04 mmol/L	3,5 – 5,1 mmol/L
Chlorida	111,3 mmol/L	98-106 mmol/L

b. Pemeriksaan *CT Scan* Kepala

Pada tanggal 26 Juli 2023

Kesimpulan :

Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons. Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

5. Therapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 26 Juli 2023 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah mecobalamin 2x500 mg/iv, Citicoline 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x10 mg/oral, Parasetamol 3x1g/iv, captopril 3x25 mg/oral, Aspar k 1x1, Aspilet 1x80 mg/oral.

a. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing, leher terasa tegang, pengelihan kabur, tekanan darah 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Keluarga pasien masih membantu dan mengawasi pasien karena takut pasien jatuh. Pada pemeriksaan mulut

pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo). terpasang stoper pada bagian tangan kanan, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL. Pada pemeriksaan CT Scan terdapat *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons*. Tak tampak perdarahan maupun SOL *intracranial*.

b. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: pasien mengatakan lemah, pusing, leher terasa tegang, dan pengelihatannya kabur.

Data objektif : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 110x/menit, Suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara lambat (berbicara pelo). pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL. Pada pemeriksaan CT Scan terdapat *Infark* pada *centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons*.

c. Analisa Data

No.	Sign and Symptom	Etiologi	Problem
1.	<p>DS : pasien merasa pusing dan leher tegang.</p> <p>DO : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, <i>Infark pada centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula ekstena kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.</i></p>	Hipertensi, hiperkolesteronemia.	Resiko perfusi serebral tidak efektif.
2.	<p>DS : pasien merasa pusing</p> <p>DO: tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : x/menit, Suhu : 36,1 °C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit.</p>	Perubahan afterload	Resiko penurunan curah jantung

3.	<p>DS: Pasien mengatakan rajin mengontrol kesehatan ke Puskesmas Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhan sudah berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya. Pasien juga merokok, 1 bungkus rokok dihabiskan dalam sehari.</p> <p>DO : TD : 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pasien tampak menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.</p> <p>DS: pasien mengeluh</p>	Kekeliruan mengikuti anjuran	Defisit pengetahuan
4.	<p>pengelihatan kurang jelas (kabur)</p> <p>DO: keluarga pasien tampak membantu dengan memegang tangan pasien saat ke kamar</p>	Gangguan pengelihatan	Resiko jatuh

5.	<p>mandi.</p> <p>DS:-</p> <p>DO : pasien tampak berbicara tidak jelas (berbicara pelo) TD :190/100mmHg, Nadi: 110x/menit, Suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, <i>Infark</i> pada <i>centrum semiovale kiri, corona radiata kanan kiri, genu corpus callosum, capsula eksterna kanan, nucleus lentiformis kiri, lobus temporal kanan, hemisfer cerebellum kanan dan pons.</i></p>	<p>Penurunan sirkulasi serebral</p>	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>
----	---	-------------------------------------	-----------------------------------

INFORMED CONSENT

PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Intan Nurviyanti dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di RPD III RSUD Ende”

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

Ende, 27 Juli 2023

Saksi

Yang Memberi persetujuan

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di RPD III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Hipertensi di RPD III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Hipertensi Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081238881448

Ende, 27 Juli 2023

Peneliti,

Intan Nurviyanti
PO.5303202200493

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Intan Nurviyanti

Tempat/Tanggal lahir : Ende, 11 Januari 2003

Alamat : Jl. Mahoni Kelurahan Kotaratu.

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Ende 1
2. SMP Negeri 1 Ende Selatan
3. Madrasah Aliyah Negeri Ende

MOTTO

**“ PEDANG TERBAIK YANG DIMILIKI LALAH SEBUAH
KESABARAN TANPA BATAS “**







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



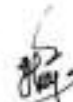



LEMBAR KONSUL PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH




Nama : INTAN NURVIYANTI
NIM : PO.5303202200493
Pembimbing : Yustina P.M Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Jumad 24 Februari 2023	Konsultasi bab 1	Mahasiswa melaporkan diri : <ul style="list-style-type: none">- Konsul judul- Menentukan masalah Studi kasus- Menyusun latar belakang pada BAB 1	
2.	Kamis 2 Maret 2023		<ul style="list-style-type: none">- Baca panduan penulisan KTI latar belakang isinya apa saja kemudian diuraikan sesuai petunjuk di panduan.- Pengunaan bahasa dan kalimat disesuaikan- Penulisan huruf, tanda baca diperbaiki- Perhatikan keterkaitan antara kalimat yang satu dengan yang lainnya.- Penulisan tujuan umum dan khusus dibuat prolog.- Cover depan dibuat spasi 1,5	
3.	Jumad 10 Maret 2023	Konsultasi Bab 1 dan Bab 2	<ul style="list-style-type: none">- Hasil studi kasus terdahulu dimasukkan pada paragraf	

4	Kamis 16 Maret 2023		terakhir - Perubahan pada latar belakang, yang terdiri dari interdiction, besarnya masalah, dampaknya, dan konsep solusi dan peran perawat. Dibuak sesuai urutan dari (dunia, indonesia, NTT, Ende dan tempat penelitian)	
5.	Jumad 24 Maret 2023		- Perbaiki pada tujuan dan manfaat. - Perbaiki Penulisan definisi masalah pada BAB II diambil dari buku - Pengaturan dalam pengetikan, spasi dan margin sesuai dengan Panduan Penulisan KTI	
6.	Senin, 17 april 2023		- Penulisan konsep dasar asuhan keperawatan diambil dari buku SDKI, SIKI, SLKI dengan masalah yang ada pada studi kasus - Tambahkan daftar pustaka - Perbaiki pengetikan daftar pustaka sesuai panduan	
7.	Rabu, 17 mei 2023		- Konsul berikutnya harus menguasai materi pada bab II. - Perbaiki pada patofisiologi - Penatalaksanaan harus dibuat sesuai yaitu : penatalaksanaan keperawatan dan	

8.	Jumad 19 mei 2023		<p>penatalaksanaan medis</p> <ul style="list-style-type: none"> - pada pengkajian ditulis kemungkinan tanda dan gejala yang muncul yang muncul pada masalah studi kasus - Koreksi kembali cara pengetikan ,spasi, huruf yang kurang. - Lanjutkan BAB III 	
9.	Senin 24 Mei 2023		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB I- III - Pendahuluan ditambahkan ketertarikan penulis dalam mengambil studi kasus - Perbaiki penulisan daftar pustaka semua sumber yang ada pada studi kasus di tulis dalam daftar pustaka - Lengkapi semua format penulisan yang dibutuhkan. - Konsultasi BAB II dan III. - Perbaiki pathofisiologi dan pathway 	
10.	Kamis 25 mei 2023		<ul style="list-style-type: none"> - Pada BAB III bagian desain studi kasus karya tulis ilmiah menggunakan metode studi kasus. - Batas istilah berisi tentang pengertian yang mesti ada - Lokasi dan waktu ditentukan sesuai jadwal di panduan. - Metode prosedur studi kasus berisi tentang tahap- 	

	11. Jumad 26 mei 2023		<p>tahap dalam melakukan studi kasus dimulai dari mengajukan judul sampai inform conseed.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumen pengumpulan data menggunakan Format asuhan keperawatan dan analisa data. - Perbaiki latar belakang studi kasus terdahulu - Perbaiki cara - pengetikan, spasi. - Perbaiki data rumah sakit dan sertakan daftar pustaka. - Pada latar belakang dimasukan juga peran perawat. - Perhatikan kembali phatofisiologi dan phatway - Pada manifestasi klinis dilihat kembali kalimat yang sesuai. - Perbaiki pada penataksanaan medis - Pada pemeriksaan fisik ditulis secara spesifik sesuai kasus - Perhatikan kembali kalimat yang masih kurang. - Pada bab 3 prosedur diperbaiki. - Pada pemeriksaan fisik ditulis pengkajian secara fokus 	
--	--------------------------	--	---	---




12.	Jumad 16 Juni 2023		<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pada analisa data - Intervensi keperawatan dilihat kembali dalam buku SIKI DAN SLKI. - ACC konfirmasi penguji. 	
13.	Selasa 11 Juni 2023	Revisi Proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan penomoran di setiap bab - Konfirmasi ke pembimbing untuk maju sidang/ujian proposal 	
14.	17 Juli 2023		<ul style="list-style-type: none"> - Belajar dan pahami isi dalam proposal - Responsif kembali materi tentang hipertensi - Perbaiki peran perawat di rumah sakit umum daerah ende pada latar belakang - Lengkapi pathofisiologi penyakit hipertensi - Belajar pathofisiologi - Perbaiki pathway - Perbaiki konsep askep dan belajar. - Perbaiki pathway harus ambil dari buku. - ACC - LANJUT STUDI KASUS 	






LEMBAR KONSULASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : INTAN NURVIYANTI
NIM : PO.5303202200493
Pembimbing : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes .

No	Hari/Tanggal	Hasil konsultasi	Paraf
1.	27 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Melaporkan hasil pengkajian pada hari pertama- Lengkapi data pengkajian- Lanjutkan pada hari ke dua.	
2.	28 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Diagnosa sesuai prioritas utama- Lengkapi semua data yang ada pada pengkajian – evaluasi.	
3.	31 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Lengkapi pada bagian riwayat keluhan utama – riwayat kesehatan keluarga.- Sesuaikan kembali data pada pengkajian .- Tambahkan tanggal pada pemeriksaan laboratorium.	
4.	2 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none">- perbaiki bagian metode studi kasus- Lengkapi pada pemeriksaan fisik- Lengkapi pada bagian intervensi	

		<ul style="list-style-type: none"> - Implementasi disusun berdasarkan masalah keperawatan - Koreksi kembali semua dari pengkajian sampai evaluasi. 	
5.	7 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki kalimat pada bagian riwayat keluhan utama - Tambahkan pada riwayat kesehatan keluarga siapa yang menderita hipertensi - Perhatikan cara pengetikan tanda baca titik koma. - Lengkapi diagnosa sesuai prioritas. - Lengkapi bagian implementasi - Lanjutkan pembahasan dan abstrak. 	
6.	18 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Implementasi dilakukan sesuai perencanaan. - Pada pembahasan yang dibahas yaitu : yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus, yang ada pada kasus tetapi tidak ada pada teori didukung dengan studi kasus terdahulu. - Perbaiki abstrak pada kesimpulan dan saran - Perbaiki BAB V 	
7.	24 Agustus 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi bagian implementasi - Perbaiki pembahasan jelaskan mengapa tidak terjadi pada pasien, pada diagnosa perbaiki menurut buku kmb 1 - Perbaiki kalimat pada intervensi. 	

8.	29 Agustus 2023	- Perbaiki abstrak pada tujuan, hasil studi kasus.	
9.	4 September 2023	- Lengkapi seluruh lampiran yang dibutuhkan dalam KTI. - ACC Siap Ujian Hasil Konsultasi revisi KTI - Perbaiki diagnosa pada prioritas masalah - Perbaiki data subjektif dan objektif pada diagnosa intoleransi aktivitas - Lengkapi pada bagian implementasi keperawatan ditulis yang real dan nyata yang bisa dilakukan pada pasien	
10.	5 September 2023	- Lengkapi pada bagian pembahasan - Lengkapi data pada diagnosa intoleransi aktivitas - Perbaiki pada bagian intervensi - Lengkapi pada bagian implementasi pada diagnosa intoleransi aktivitas. - Lengkapi semua data dari pengkajian – evaluasi dilihat kembali.	
11.	6 September 2023	- Perbaiki penulisan - ACC	

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Aris Wawoneo, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom

NIP 196601141991021001