

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. W.U  
DENGAN DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI DI RSUD ENDE  
PADA TANGGAL 14 SEPTEMBER – 16 SEPTEMBER 2022.**



**OLEH**

**AURELIA.R.GERDA  
NIM. PO 530320219928**

**TINGKAT : III B**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.W.U  
DENGAN DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI  
DI RSUD ENDE.**

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan  
Program pendidikan Diploma Keperawatan  
Pada Program Studi Keperawatan Ende**



**OLEH:**

**AURELIA RUSMIATI GERDA**

**NIM. PO 530320219928**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE 2023**

## **SURAT PERYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama : Aurelia Rusmiati Gerda.  
Nim : PO 530320219928.  
Program studi : D III KEPERAWATAN ENDE  
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.W.U Dengan  
Diagnosa Medik Hipertensi di Ruangan Penyakit  
Dalam 1 dan 2 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 yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa studi kasus ini adalah jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, 20 Februari 2023  
Yang membuat pernyataan



Aurelia Rusmiati Gerda  
Nim : PO 530320219928

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS S HIPERTENSI DI RSUD ENDE**

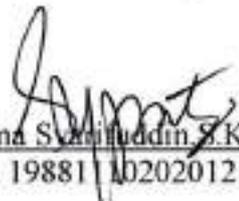
OLEH

AURELIA.R.GERDA  
NIM. PO 530320219928

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

Ende, 20 Februari 2023

Pembimbing

  
Syaputra Artama Satrio, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 19881102020121002

Mengetahui

  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS HIPERTENSI DI RSUD ENDE**

AURELIA.R.GERDA  
NIM. PO 530320219928

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diujikan Dan Dipertanggung Jawabkan  
Pada tanggal, 20 Februari 2023

Penguji Ketua

Penguji Anggota



Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes  
NIP. 198101242009122001



Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 198811102020121002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami hanturkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. W. U DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu :

1. Irfan, SKM, M. Kes. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemekkes Kupang yang telah megijinkan penulis menimah ilmu di instansi ini.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.
4. Ibu Paulina Marta Palla S.Kep., Ns selaku kepala Ruangan RPD I yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan studi kasus di ruangan yang dipimpinnya.
5. Syaputra Artama Syarufuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Maria Salestina Sekunda, SST, M.Kes, selaku penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini, agar menjadi lebih baik.
7. Ny. W.U yang telah bersedia untuk dijadikan sebagai subjek dalam studi kasus ini
8. Orang tua khususnya Bapak Hermanus Ga'i dan mama Yohana Yo Wanda, kakak adik yang telah mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Untuk Yanuaris Rezaldy Rau yang sudah mendukung dan sudah memberi motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah ini.
10. Sahabat Angelina Theresia dan Apolonia Kresensia serta teman-teman tingkat III B yang telah membantu dengan caranya masing-masing baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis selama penyusunan hingga selesainya Karya Tulis Ilmiah ini

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan studi kasus ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan studi kasus ini sehingga bermanfaat bagi penulis, keperawatan dan semua pihak.

Ende, 20 Februari 2023

Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.W.U Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang penyakit dalam 1 dan 2 RSUD ENDE.**

Aurelia Rusmiati Gerda<sup>(1)</sup>

Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep<sup>(2)</sup>

Hipertensi merupakan masalah utama di berbagai Negara yang berkaitan dengan kesehatan adalah penyakit jantung dan pembuluh darah. Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di dunia. Hipertensi di prediksi dapat menyebabkan kematian sekitar 7,5 juta dan penyebab kematian di dunia 12,8% WHO (2018). Tujuan studi kasus ini agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.W.U dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang perawatan penyakit dalam 1 dan 2 di RSUD Ende.

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 pengkajian Ny. W.U di temukan data bahwa pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, nyeri yang dirasakan ditusuk-tusuk hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang, lemah, mual dan muntah kalau sering makan terlambat, aktifitas pasien seperti makan, minum sekarang di bantu oleh keluarganya dikarenakan tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, tetapi ke toilet untuk BAB dan BAK pasien dapat melakukannya sendiri, TD 180/90 mmHg, S:36x/menit, N: 122x/menit, RR:18x/menit, SpO2 98%, dan pasien tampak pucat. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny. W.U nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia), nausea berhubungan dengan distensi lambung, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap Ny. W.U diperoleh hasil bahwa masalah nyeri akut teratasi sebagian, masalah nausea teratasi sebagian, masalah nyeri teratasi sebagian.

Setiap penderita Hipertensi berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita sehingga gejalanya belum terlalu parah maka disarankan pada penderita hipertensi untuk tetap menjaga pola kesehatan dan patuh dalam pengobatan.

Kepustakaan : 10 buah ( 2016- 2022).

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi.

1. Program Studi D III Keperawatan Ende.
2. Dosen Pembimbing Program Studi D III Keperawatan Ende.

## **ABSTRACT**

### **NURSING CARE FOR PATIENTS WITH MRS.W.U MEDICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSION IN INTERNAL MEDICINE ROOM 1 AND 2 OF RSUD ENDE.**

Aurelia Rusmiati Gerda<sup>(1)</sup>  
Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep<sup>(2)</sup>

Hypertension is a major problem in various countries related to health, namely heart and blood vessel disease. Hypertension is one of the most dangerous health problems in the world. Hypertension is predicted to cause death around 7.5 million and the cause of death in the world is 12.8% WHO (2018). The purpose of this case study is to apply nursing care to Mrs.W.U with a medical diagnosis of hypertension in internal medicine rooms 1 and 2 at Ende Hospital.

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

The results of the case study on the study of Ny. W.U found data that the patient said dizziness, headache, pain that was felt stabbed only in the head, the perceived looking scale was 3 (moderate pain), pain appeared occasionally, weakness, nausea and vomiting when often eating late, the patient's activities such as eating, drinking are now assisted by his family because his left hand is attached to an infusion of Nacl 0.9% 20 tpm, but going to the toilet for defecation and urination the patient can do it himself, BP 180/90 mmHg, S: 36x/minute, N : 122x/minute, RR: 18x/minute, SpO2 98%, and the patient looked pale. Nursing problems found in Mrs. W.U acute pain associated with physiological injury agents (ischemia), nausea associated with gastric distension, activity intolerance associated with weakness. After 3x24 hours of care and treatment for Mrs. W.U obtained the results that the problem of acute pain was partially resolved, the problem of nausea was partially resolved, the problem of pain was partially resolved.

Every patient with hypertension has different signs and symptoms depending on the length of time a person has suffered so that the symptoms are not too severe, so it is recommended for people with hypertension to maintain a healthy pattern and adhere to medication.

Libraries: 10 pieces (2016-2022).

Keywords: Nursing Care, Hypertension.

1. Study Program D III Nursing Ende.
2. Advisory Lecturer in Ende D III Nursing Study Program.

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL... ..</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN... ..</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar belakang.. ..	1
B. Rumusan masalah .....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Dasar Penyakit. ....	6
B. Konsep Masalah Keperawatan .....	12
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	17
<b>BAB III METODE DAN STUDI KASUS.....</b>	<b>27</b>
A. Rancangan /Desain Studi Kasus .....	27
B. Subjek Studi Kasus .....	27
C. Istilah ( Defenisi Operasional Batasan).....	27
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	28

E. Prosedur Studi Kasus .....	28
F. Teknik Pengumpulan Data .....	28
G. Instrument Pengumpulan Data .....	29
H. Keabsahan Data .....	30
I. Analisa Data.....	31
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>33</b>
A. Hasil Studi Kasus.....	33
B. Pembahasan.....	50
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>56</b>
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	57
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang.**

Hipertensi merupakan masalah utama di berbagai Negara yang berkaitan dengan kesehatan adalah penyakit jantung dan pembuluh darah. Menurut WHO (2018) hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya di dunia, karena hipertensi merupakan faktor resiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, gagal jantung, stroke dan penyakit ginjal yang mana pada tahun 2016 penyakit jantung iskemik dan stroke menjadi dua penyebab kematian utama di dunia. Hipertensi diprediksi dapat menyebabkan kematian sekitar 7,5 juta dan penyebab kematian di dunia 12,8%. Adapun di Amerika diprediksi terdapat 33,8% penduduknya menderita hipertensi yang terjadi pada jenis kelamin laki-laki maupun perempuan (WHO, 2018).

Berdasarkan Laporan Nasional Riskesdas (2018), prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk umur  $\geq 18$  tahun di Indonesia sebanyak (8,36%) dan prevelensi minum obat anti hipertensi sebanyak (8,84%) dari 658.201 penduduk. Prevelensi hipertensi tertinggi berdasarkan diagnosa dokter pada daerah Provinsi Sumatra Utara sebanyak (13,21%) dan prevelensi minum obat anti hipertensi sebanyak (13,53%) dari penduduk sebanyak 6.307, sedangkan prevelensi hipertensi terendah berdasarkan diagnosa dokter di Provinsi Papua sebanyak (4,39%) dan

prevelensi berdasrakan minum obat anti hipertensi sebanyak (4,75% ) dari 7.730 penduduk.

Berdasarkan Laporan Provinsi NTT Riskesdas (2018),penduduk NTT sebanyak 25.708 penduduk yang mengidap penyakit hipertensi berdasarkan diangnosa dokter sebanyak (5,36%) dan prevelensi minum obat anti hipertensi sebanyak (5,99%) dari 25.708 penduduk. Prevelensi hipertensi tertinggi di Provinsi NTT bertepat di kabupaten Sika berdasarkan diagnosa dokter sebanyak (8,2%) dan minum obat anti hipertensi sebanyak (9,09%) dari 1.683 penduduk, Kabupeten Ende berdasarkan diagnosa dokter sebanyak (4,67%) dan minum obat anti hipertensi sebanyak (4,79%) dari 1.405 penduduk, sedangkan prevelensi hipertensi terendah berdasarkan diagnosa dokter bertepat pada Provinsi Sumba Barat Daya sebanyak (2,10%) dan minum obat anti hiperetnsi sebanyak (3,10%) dari 1.409 penduduk. Riskesdes (2018).

Berdasarkan hasil laporan Rumah Sakit Umum Daerah Ende, Ruangan RPD 1 dan 2 perawatan pada pasien dengan hipertensi pada tahun 2020 sebanyak 374 dengan usia 15-24 tahun sebanyak 2 orang, 25-44 tahun sebanyak 39 orang, 45-64 tahun sebanyak 183 orang, <65 tahun sebanyak 148 orang. Pada tahun 2021 sebanyak 260 dengan usia 15-24 tahun sebanyak 3 orang,25-44 tahun sebanayak 38 orang , 45-64 tahun sebanyak 140 orang, < 65 tahun sebanyak 79 orang (Rekam Medis RSUD Ende 2021). Pada tahun 2020 terjadi kenaikan pada kasus hipertensi sebanyak 374 pasien dan pada tahun 2021 terjadi penurunan pada kasus hipertensi sebanyak 260 pasien di

karenakan kebanyakan pasien tidak mau berobat di fasilitas kesehatan atau di RSUD Ende karena sedang masa pandemi dan banyak pasien yang takut berobat di karenakan belum melakukan vaksinasi pada saat terjadinya pandemi. Untuk mengubah pandangan masyarakat tentang pentingnya memeriksa kesehatan, memantau tekanan darah, serta minum obat secara rutin, maka perawat harus mengkaji keluarga secara utuh agar semua anggota keluarga dapat membantu, mendukung dalam proses pengobatan.

Tanda dan gejala pada pasien dengan hipertensi hingga saat ini secara pasti belum dapat diketahui, tetapi gaya hidup berpengaruh besar terhadap kasus ini. Terdapat beberapa faktor yang menjadi resiko terjadinya hipertensi seperti,usia, jenis kelamin, merokok, dan gaya hidup dan kurang aktivitas yang dapat mengarah ke obesitas. Pada pasien etiologinya seperti : pusing, nyeri pada kepala, nyeri muncul pada watu siang hari, nyeri yang di rasakan seperti di tusuk-tusuk,sakit hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang di rasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang, lemah, mual dan muntah kaalu sering makan terlambat, aktifitas pasien seperti makan , minum di bantu oleh keluarganya. Mengurangi faktro- faktor tersebut menjadi dasar pemberian intervensi oleh tenaga kesehatan(Tritasari & Kodim 2019).

Menurut Hamdan Hariwan hipertensi masih menjadi masalah kesehatan yang cukup besar untuk tetap di atasi. Penyebab hipertensi hingga sat ini secara pasti belum dapat di ketahui, tetapi gaya hidup seperti mengkonsumsi garam yang berlebihan, mengkonsumsi alkohol,

mengonsumsi kopi/kafein, kebiasaan merokok, kebiasaan kurang aktifitas dan stres berpengaruh besar terhadap kasus ini. Berdasarkan data yang di peroleh maka penulis mengambil kasus hipertensi di keranakan kurangnya kesadaran masyarakat dan keluarga mengenai bahaya dari hipertensi dan faktor pencetus hipertensi yaitu dengan gaya hidup yang tidak baik dapat mejadi salah satu sebab terjadinya hipertensi, maka dari itu penulis tertarik untuk menuliskan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul” Asuhan Keperawatan Pada Ny W.U dengan Diagnosa Medis Hipertensi“.

## **B. Rumusan Masalah**

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah. Hipertensi sering tidak menunjukkan gejala, sehingga baru di sadari bila telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung atau stroke. Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam dalam studi kasus ini adalah “Bagaimana Penarapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. W.U dengan Diagnosa Medis Hipertensi di RSUD Ende.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Ny. W.U dengan Hipertensi di RSUD Ende.

### **2. Tujuan khusus.**

a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. W.U dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.

- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. W.U dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.
- c. Menentukan intervensi keperawatan pada pasien Ny.W.U dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien Ny.W.U dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.W.U dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.
- f. Menjelaskan kesenjangan antara Teori dan Kasus Nyata pada pasien Ny W.U.

#### **D. Manfaat**

1. Bagi mahasiswa.

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman dalam mengidentifikasi dan mengetahui Asuhan Keperawatan kepada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.

2. Bagi institusi pendidikan.

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan pada pasien dengan hipertensi di RSUD Ende.

3. Bagi masyarakat.

Bermanfaat untuk menambah wawasan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi di RSUD Ende.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### 1. Pengertian.

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (*morbiditas*) dan angka kematian (*mortalitas*). (Sumartini, Zulkifli, dan Adhitya, 2019)

Menurut WHO (2019), penyakit hipertensi merupakan peningkatan tekanan sistolik lebih besar atau sama dengan 160 mmHg dan tekanan diastolik sama atau lebih besar dari 95 mmHg. Kesimpulannya bahwa hipertensi merupakan penyakit yang disebabkan oleh faktor genetik akan tetapi hipertensi dapat disebabkan dari pola hidup yang tidak sehat seperti: faktor keturunan, umur, jenis kelamin dan gaya hidup, stres dapat mempengaruhi hipertensi. Stres dapat mengakibatkan tekanan darah naik.

##### 2. Penyebab hipertensi.

Dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok penyebab hipertensi yaitu:

###### a. Hipertensi esensial (hipertensi primer).

Penyebab pasti dari hipertensi esensial belum dapat diketahui, sementara penyebab sekunder dari hipertensi esensial juga tidak ditemukan. Pada hipertensi esensial tidak ditemukan 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 akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Umur.

Jika umur bertambah maka tekanan darah akan meningkat.

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), sters, merokok, minuman alkohol, dan minum obat-obatan. (Copeland et al., 2018).

b. Hipertensi sekunder.

Hipertensi sekunder penyebabnya dapat diketahui kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjer tiroid (hipertiroid).

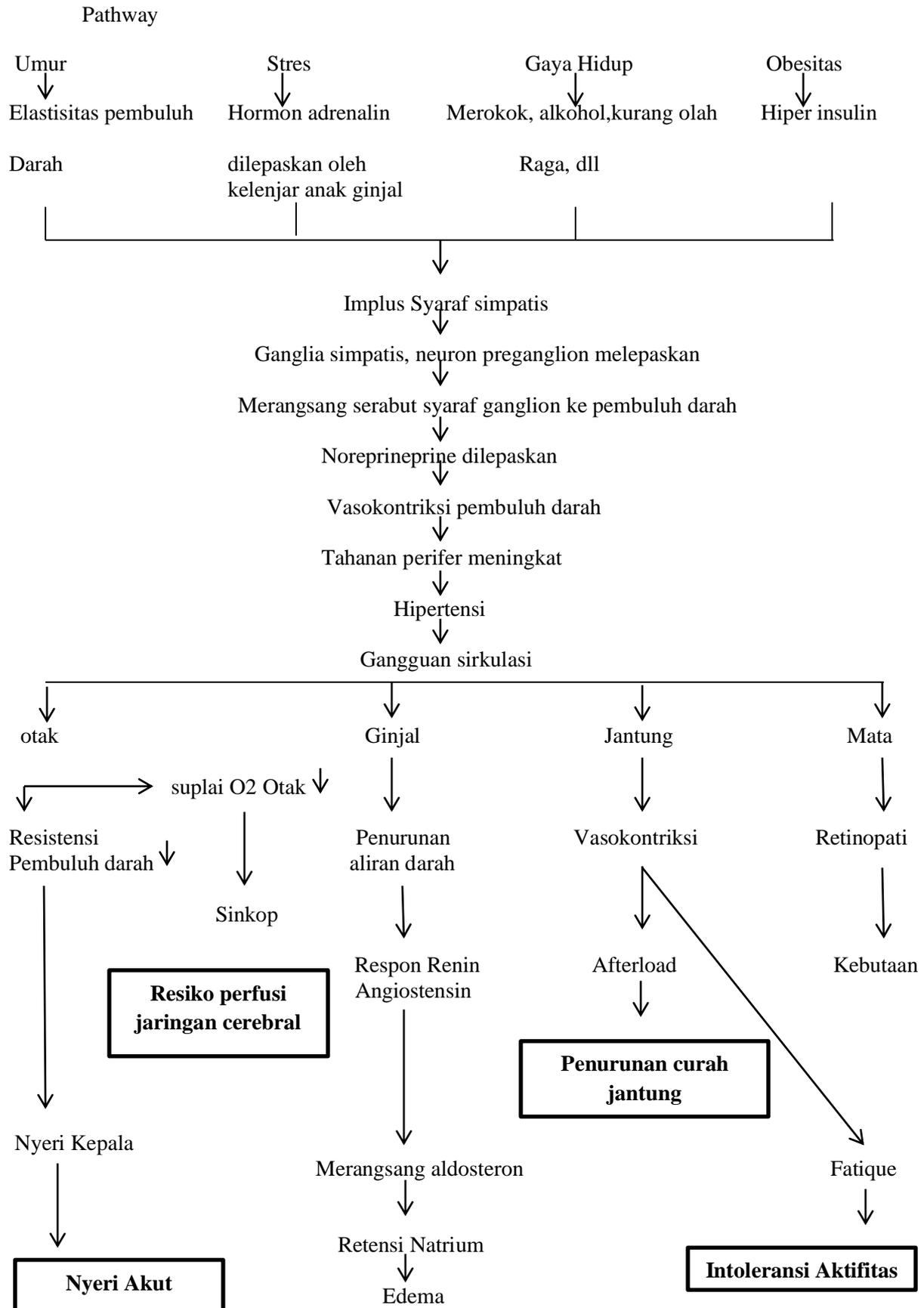
(Huang et al.,2019).

3. Patofisiologi.

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusta vasomotor pada medula diotak. Dari pusat vasomotor bermula dari saraf simpatis yang berlanjut kebawah ke korda

spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron pre ganglion melepaskan asetikolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa saja terjadi. Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsangan emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi

natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi. (Reny, dkk., 2015).



#### 4. Manifestasi klinis.

Menurut Kemenkes RI 2018 tidak semua penderita hipertensi memiliki gejala secara tampak, mayoritas dari penderita mengetahui hipertensi setelah melakukan pemeriksaan pada fasilitas kesehatan baik primer maupun sekunder. Hal ini pula yang mengakibatkan hipertensi dikenal dengan sebutan *the silent killer*. Tetapi pada beberapa penderita hipertensi memiliki gejala seperti:

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

#### 5. Pemeriksaan diagnostik.

- a. Pemeriksaan laboratorium.
  - 1) Hemoglobin / hematokrit: dapat mengakji 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) Kolsterol dan trigliserida serum: peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatus.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan.**

### 1. Penurunan curah jantung.

Defenisi: ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab.

- a) Perubahan irama jantung.
- b) Perubahan frekuensi jantung.
- c) Perubahan kontraktilitas.
- d) Perubahan preload.
- e) Perubahan afterload.

Gelaja dan tanda mayor.

Subjektif

- 1) Perubahan irama jantung.

Palpasi.

- 2) Perubahan preolad.

Lelah

- 3) Perubahan afterload.

Dispnea.

## 4) Perubahan kontrakikitas.

Paroxysmal (nocturnal dyspnea PND), Otropnea , Batuk

## Objektif

## 1) Perubahan irama jantung.

Bardikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau ganggun konduksi.

## 2) Perubahan preload.

Edema, distensi vena juguralis, *central venous pressure* (CVP) meningkat /menurun, hepatomegali.

## 3) Perubahan afterload.

Tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer terabah lemah, *capillary refil time* > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis.

## 4) Perubahan kontraktilitas.

Terdengar suara jantung S3 dan/atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun.

## Gejala dan tanda minor.

## Subjektif.

## 1) Perubahan preload.

(tidak tersedia)

## 2) Perubahan afterload

(tidak tersedia)

## 3) Perubahan kontraktilitas.

(tidak tersedia)

4) Perilaku /emosional.

Cemas, gelisah.

Objektif.

1) Perubahan preload.

Murmur jantung, berat badan bertambah, *pulmonary artery wedge pressure* (PAWP) menurun.

2) Perubahan afterload.

*Pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat/menurun.

3) Perubahan kontraktilitas.

*Cardiac index* (CI) menurun, *left ventricular stroke work index* (LVSWI) menurun.

4) Perilaku emosional

(tidak tersedia )

2. Resiko Perarfusi serebral tidak efektif.

Defenisi : beresiko mengalami penurunan darah ke otak.

Faktor resiko: keabnormalan masa protrombin, dan/atau masa tromboplastin pariasial, penurunan kinerja vantrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis kartotis, miskoma atrium, aneurisma serebri, koagulopati (mis: anemia, sel sabit), dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme,cedera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infeksi, katup prostetik mekanis, stenisi mitral,neoplasma otak, infrak miokard akut,

sindrom sick sinus, penyalagunaan zat, terapi tombolitik, efek samping tindakan (mis, tindakan operasi bypass).

Kondisi klinis terkait: stroke, cedera kepala, aterosklerotik aortik, infark miokard akut, diseksi arteri, embolisme, endokarditi infeksi, fibrilasi atrium, hiperkolesterolemia, hipertensi, dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, miksoma atrium, neoplasma otak, segmen ventrikel kiri akinetik, sindrom sick sinus, stenosis karotid, stenosis mitral, hidrocefalus, infeksi otak (mis, meningitis, ensefalitis, abses serebri).

### 3. Nyeri akut

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

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis( mis, inflamasi, iskemia dan neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik ( mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, traum latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)

Gejala dan tanda minor.

Subjektif : tidak ada

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi klinis terkait: kondisi pembedahan, cedera traumatitis, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

#### 4. Intoleransi aktivitas.

Defenisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Penyebab: ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton.

Gejala dan tanda mayor

Subjektif: mengeluh lelah

Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% kondisi istirahat.

Gejala dan tanda minor.

Subjektif : dispnea saat / setelah aktivitas, merasa tidak nyaman beraktifitas, merasa lelah.

Objektif: tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan isekmia dan sianosis.

Kondisi klinis terkait : anemia, gagal jantung kongestif , penyakit jantung koroner, penyakit katub jantung, aritmia, penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), gangguan metabolik, gangguan muskuloskeletal

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

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu tahapan saat seorang perawat mengambil informasi secara terus-menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya. Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus-menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan keluarga dapat menggunakan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. (Maglaya dalam Rismini 2017)

#### **a. Pengumpulan data**

##### 1) Identitas

Identitas pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama dan alamat.

Identitas penanggung jawab meliputi : nama, jenis kelamin, agama, alamat dan hubungan dengan pasien.

##### 2) Riwayat kesehatan

###### a) Riwayat kesehatan sekarang :

Pada sebagian besar pasien hipertensi menimbulkan gejala sakit kepala di sertai nyeri pada tengkuk dan kelelahan.

###### b) Riwayat kesehatan dahulu.

Apakah ada riwayat hipertensi sebelumnya atau adanya riwayat merokok.

c) Riwayat kesehatan keluarga.

Biasanya ada riwayat keluarga (keturunan) yang menderita hipertensi.

d) Pengkajian perpola

Aktivitas / istirahat.

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

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

Sirkulasi

Gejala : riwayat hipertensi, atherosklerosis dan penyakit jantung koroner.

Tanda: tekanan darah meningkat dan takikardi. Integritas ego

Gejala : riwayat perubahan kepribadian , ansietas , marah , faktor stres multiple ( hubungan, keuangan, yang berkaitan dengan pekerjaan).

Tanda : letupan suasana hati , gelisah dan tangisan meledak.

Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini (seperti obstruksi dan riwayat penyakit ginjal pada masa lalu)

Makanan dan cairan

Gejala : makanan yang di sukai yang mencakup makana tinggi garam, lemak serta kolestrol , mual, muntah dan

perubahan berat badan akhir-akhir ini( meningkat atau menurun).

#### Neuresensori

Gejala: keluhan pusing atau pening, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan ( penglihatan ganda, penglihatan kabur).

Tanda : status mental : perubahan keterjagaan, orientasi , proses pikir, respon motorik : penurunan kekuatan genggaman tangan.

#### Nyeri atau ketidaknyamanan

Gejala: angina( penyakit jantung koroner ), sakit kepala, nyeri pada tengkuk.

#### Pernapasan

Gejala : dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, batuk dengan atau tanpa sputum , riwayat merokok.

Tanda: distres pernapasan, bunyi napas tambahan dan sianosis.

#### Pembelajaran / penyuluhan

Gejala: faktor resiko keluarga (hipertensi, penyakit jantung, diabetes melitus), faktor lain (penggunaan alkohol atau riwayat merokok).

**b. Tabulasi data.**

Dispnea, mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, takikardia, distensi vena jugularis, sianosis, sakit kepala, tampak meringis, sulit tidur, tekanan darah meningkat, merasa lemah, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, pusing

**c. Klasifikasi data**

DS : dispnea, mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar.

DO : takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, sianosis, distensi vena jugularis.

**d. Analisa data.**

## 1) Singn/symptom.

DS: lelah, dispnea

DO: takikardia, distensi vena jugularis.

Etiologi: perubahan *afterload*

Problem: penurunan curah jantung.

## 2) Singn/symptom

DS : tidak ada

DO : tidak ada

Etiologi :

Problem : resiko perfusi serebral tidak efektif

## 3) Singn/symptom

DS : mengeluh nyeri, sakit kepala, pusing

DO : tampak meringis, tekanan darah meningkat, sulit tidur

Etiologi : agen pencedera fisiologis

Problem : nyeri akut

## 4) Singn/symptom

DS : mengeluh lelah, merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas

DO : frekuensi jantung meningkat, sianosis

Etiologi : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Problem : intoleransi aktifitas

**2. Diangosa keperawatan.**

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis : inflamasi iskemia, neoplasma).
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

### 3. Intervensi keperawatan.

- a. Intervensi keperawatan untuk diagnosa penurunan curah jantung.

**Tujuan** : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat. **Kriteria hasil** : palpitasi menurun, bradikardia menurun, takikardia menurun, lelah menurun.

**Rencana tindakan : perawatan jantung.** 1) identifikasi tanda/ gejala primer penurunan curah jantung. R/ pemantaun dan monitor diperlukan agar dapat mengetahui tindakan yang dilakukan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. 2) monitor tekanan darah. R/. Jika terjadi perubahan maka perlu diperhatikan apakah membaik atau justru memburuk, jika membaik maka tindakan bisa di teruskan namun jika memburuk harus dihentikan. 3) monitor saturasi oksigen. R/. Mengevaluasi jumlah hemoglobin atau zat dalam sel darah merah yang bertugas untuk menyangkut oksigen ke seluruh tubuh agar tidak terjadi hipoksia. 4) monitor keluhan nyeri dada. R/ nyeri dada yang muncul pada pasien dengan penurunan curah jantung biasanya memicu adanya komplikasi atau kelainan yang terjadi yang berhubungan dengan sistem coroner.

5) posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. R/. Posisi semi fowler diberikan agar pasien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik dan merilekskan otot-otot. 6) kolaborasi pemberian antiartimia. R/ antiartimia adalah

obat yang digunakan untuk menangani kondisi artimia atau ketika denyut jantung berdetak terlalu cepat /terlalu lambat dan tidak teratur.

**b. Intervensi keperawatan untuk Resiko Perfusi serebral tidak efektif.**

**Tujuan :** setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif meningkat.

**Dengan kriteria hasil:** Tekana intra karnial menurun, Sakit kepala menurun ,Gelisah menurun ,Nilai rata-rata tekana darah membaik ,Kesadaran membaik. **Rencana tindakan: majemen peningkatan**

**tekanan intrakarnial :** 1) identifikasi penyebab penigkatan tekanan intrakarnial. R/peningkatan tekanan intrakarnial disebabkan oleh peningkatan volume otak . 2) monitor tanda/ gejala peningkatan tekanan intrakarnial. R/tekanan ntrakarnial meningkat maka dapat mengancam nyawa. 3) monitor status pernapasan. R/ menurunnya saturasi oksigen PaO<sub>2</sub> atau meningkatnya PcO<sub>2</sub> menunjukkan penanganan yang adekuat atau perubahan terapi. 4) berikan posisi semi fowler. R / Posisi semi fowler diberikan agar pasien nyaman dan membuat sirkulasi darah berjalan dengan baik dan merilekskan otot-otot. 5) pertahankan suhu tubuh nirmal. R /suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal. 6) kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsen jika perlu. R / sebagai terapi anti kejang. 7) kolaborasi pemebrian duretik asmosis. R / sebagai terapi untuk menghambat reabsorpsi air dan natrium dan meningkatkan osmolaris darah dan jantung.

- c. Intervensi keperawatan untuk Nyeri akut. **Tujuan:** setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri akut menurun. **kriteria hasil:** keluhan nyeri menurun,tampak meringis menurun,kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. **Rencana tindakan: manajemen nyeri:** 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. R/TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. 2) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri. R/nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif. 3) identifikasi skala nyeri, R/ mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien. 4) anjurkan teknik relaksasi. R/ mengurangi nyeri yang di rasakan. 5) kolaborasi pemberian analgesik. R/ untuk megurangi rasa nyeri.
- d. Intervensi keperawatan untuk Intoleransi aktifitas **Tujuan :** setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan intoleransi aktivitas meningkat. **Kriteria hasil :** keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. **Rencana tindakan : manajemen energi :** 1) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali. R/ TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. 2) monitor pola dan jam tidur. R/mengetahui kecukupan tidur dan istirahat pasien dalam batas normal akan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat. 4) anjurkan

tirah baring. R/ istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri R,2019).

Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan manifestasi coping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi untuk menentukan perubahan untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien dan untuk mengimplementasikan pesan dokter (Safitri R, 2019).

#### 5. Evaluasi

Dalam proses keperawatan evaluasi keperawatan menjadi bagian akhir yang memberikan evaluasi sejauh mana keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan.

Evaluasi keperawatan juga digunakan untuk penelitian seberapa pengaruh/efektifnya perawatan yang diberikan dan menjadi media komunikasi. Informasi keadaan pasien untuk melakukan perubahan

perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan apakah kemungkinan untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi. (Koten Bota H. Elisabet et al, 2021).

### **BAB III**

#### **METODE STUDI KASUS**

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

Karya Tulis Ilmiah ini menggambarkan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk Studi Kasus. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti ,Yati 2020).

Pendekatan yang di gunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi Pengkajian ,Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien dengan Diagnosa medis Hipertensi.

##### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek studi kasus yang di gunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah di teliti secara rinci dan mendalam . Adapun subjek studi kasus yang di teliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komperhensif dan holistic pada pasien dengan Diagnosa medis Hipertensi.

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

No	Pernyataan	Defenisi Operasional
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis,psikologis,social,spiritual yang diberikan langsung kepada pasien.

2	Hipertensi	Suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan ( <i>morbiditas</i> ) dan angka kematian ( <i>mortalitas</i> ). Tekanan darah 140/90 mmHg didasarkan pada fase sistolik 140 mmHg menunjukkan fase darah yang sedang di pompa oleh jantung dan fase diastolik 90 mmHg menunjukkan fase darah yang kembali ke jantung (Triyanto, 2017)
---	------------	---

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

Studi ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit dalam kelas 1 dan 2 pada bulan April 2022 selama 3 hari.

#### **E. Prosedur Studi Kasus**

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode kepustakaan, wawancara, observasi dan konsultasi. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik pada pasien dengan Hipertensi.

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

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepala Ruang RPD 1 dan 2, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang di pilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent . Pada penulisan ini , metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat social, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istiraha personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter.

### 3. Studi Kasus

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

## **G. Instrument Pengumpulan Data**

Alat instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian KMB mulai dari pengkajian sampai Evaluasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi D III Keperawatan Ende.

## **H. Keabsahan Data**

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari:

### **1. Data Primer**

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

### **2. Data Sekunder**

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien yang mengerti dan dekat dengan klien yang meliputi riwayat penyakit keluarga dan perawatan klien di rumah dan dilaporkan ke petugas kesehatan

## **I. Analisa Data**

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif setelah diklasifikasikan. Data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah – masalah keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah

dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif ,kemudian di analisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada klien denganHipertensi.

## **BAB IV**

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

#### **A. Hasil studi kasus**

1. Gambaran umum lokasi studi kasus.

Studi kasus ini di laksanakan di RSUD Ende tepatnya di ruangan penyakit dalam 1 dengan jumlah 5 kamar untuk kamar VIP dan jumlah kelas II kamar untuk 3 ruangan.

2. Pengkajian.

Pasien berinisial Ny. W.U lahir pada tanggal 21 Agustus tahun 1968, berumur 56 tahun, berjenis kelamin perempuan tinggal di lorong banwas di jalan Melati , beragama Katolik dengan diangnosa medis Hipertensi.

a. Pengumpulan data.

1) Biodata.

Pasien berinisial Ny. W.U lahir tanggal 21 Agustus 1968 tinggal di lorong banwas jalan Melati dan beragama katolik, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 10 September 2022. Penganggung jawab pasien adalah keponakaanya dengan inisial Ny. C.C.M.R, umur 29 tahun dan pekerjaan bidan (non PNS).

2) Keluhan utama

Pasien mengatakan pasien merasa pusing.

3) Riwayat kesehatan.

a) Riwayat kesehatan sekarang.

Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, sakit hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang, lemah, mual dan muntah kalau sering makan terlambat, tangan sebelah kiri terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm, nyeri yang dirasakan oleh pasien sejak pada saat pasien masuk Rumah Sakit.

b) Riwayat kesehatan masa lalu.

Pasien mengatakan memiliki riwayat lambung dan pasien mengatakan selalu mengkonsumsi air hangat untuk mengatasi sakit lambung, pasien tidak pernah mengkonsumsi obat untuk mengatasi sakit lambung.

c) Riwayat kesehatan keluarga.

Pasien mengatakan kalau ada anggota keluarganya yaitu adik kandungnya sendiri yang menderita penyakit stroke di karenakan mengalami tekanan darah tinggi.

4) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan.

Keluarga pasien dan pasien mengatakan bahwa jika pasien sakit pasien di bawa ke fasilitas kesehatan terdekat (Puskesmas Kota ).

b) Pola nutrisi metabolik.

Pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dan minum air sekitar 8 gelas perhari , makanan yang sering di makan seperti nasi, sayur, ikan, tahu tempe dan telur. Porsi makanan yang di siapkan dapat di habiskan. Saat ini pasien sedang sakit pasien makan 3 kali sehari jenis makanan yang di berikan nasi, telur dan sayur bening, pasien menghabiskan stengah piring makanan yang di berikan dan makan minum pasien di bantu oleh keluarganya dan tidak ada hambatan dalam makan.

c) Pola eliminasi.

Pasien mengatakan BABnya lancar 1 kali sehari dengan konsistensi padat dan lembek, saat BAB, sedangkan BAK pasien bisa dengan 3 kali sehari warna kuning ,berbau urine dan tidak ada keluhan saat BAK. Pada saat sakit BAB dan BAK selalu lancar tanpa keluhan apa pun.

d) Pola aktifitas dan latihan.

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktifitas sendiri seperti : makan, mandi, berpakaian, buang air kecil ,buang air besar. Pasien mengatakan aktifitasnya di bantu seperti makan dan minum karena tangan pasien terpasang infus tetapi untuk buang air kecil dan buang air besar pasien dapat melakukannya sendiri.

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum			2		
Mandi	0				
Toileting	0				
Berpakayan	0				
Berpindah	0				

Keterangan: 0:mandiri.1:alat bantu,2: di bantu orang lain,3:di bantu orang lain dan alat,4:tergantung total.

e) Pola istirahat dan tidur.

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai jam 21.00-05.00 pagi sedangkan untuk tidur siang biasanya 1-3 jam , tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur pada saat sakit pun pasien biasanya tetap tidur di jam 21.00-05.00 dan tidur siang 1-3 jam .

f) Pola kongnitif dan presepsi sensori.

Pasien mengatakan dapat mengingat semua anggota keluarganya dan juga dapat mengingat kejadian yang menimpah pasien pada hari sabtu pagi dan di bawah ke rumah sakit.

g) Pola peran dan hubungan dengan sesama.

Sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu yang memiliki 3 orang anak, pasien memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, pasien mempunyai hubungan baik dengan tetangga dan masyarakat yang ada di lingkungannya

dan pasien aktif di dalam lingkungan. Saat ini pasien seorang PNS.

h) Pola mekanisme penyusuan toleransi terhadap stress.

Pasien merupakan seorang PNS , pasien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, keluarga mendukung kesembuhan pasien, semua masalah dan keputusan pasien selalu menceritakan kepada suami dan anak-anak.

i) Pola sistem dan kepercayaan.

Sebelum sakit pasien mengatakan pada setiap hari minggu selalu ke gereja tapi pada saat sakit pasien tidak bisa ke gereja untuk melakukan ibadah bersama tetapi pasien hanya berdoa di atas tempat tidur setiap jam 12 siang (doa angelus).

5) Pemeriksaan fisik.

a) Keadaan umum: Lemah, kesadaran composmentis

TTV : TD 180/90 mmHg, Nadi 122 x/m, Suhu 36<sup>0</sup>c, RR 18 x/m, SPO2 98%.

1. Kepala: kulit kepala tampak bersih, rambut warna hitam, tidak mudah rontok, tidak ada masa dan tidak ada nyeri tekan.
2. Wajah : tampak bersih, bentuk wajah simetris, pasien tampak pucat.
3. Mata : konjungtiva tidak anemis sklera mata tidak ikterik, bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, tidak ada

penggunaan alat bantu seperti kaca mata Telinga: tidak ada serum, bentuk simteris kiri dan kanan, tidak ada penggunaan alat bantu dengar

4. Telinga: tidak ada serum, bentuk simteris kiri dan kanan, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.
5. Hidung: bentuk simetris tidak ada lesi, tidak terpasang O2.  
Mulut : bentuk simetris, mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, tidak ada karies gigi.
6. Bibir : mukosa bibir lembab dan tidak ada sianosis.
7. Mulut: bentuk simetris, mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, tidak ada karies gigi
8. Leher: bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran vena juguralis,tidak ada kelenjar getah bening.
9. Dada: bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada nyeri tekan.
10. Abdomen : benuk simetris dan tidak ada nyeri tekan.
11. Genitalia : tidak di lakukan pemeriksaan karena pasien tidak ada keluhan pada daerah genetalia.
12. Ekstremitas atas : tangan kiri terpasang infus nacl 0,9% 20 kali per menit, akr al teraba hangat dan kulit tidak pucat, CRT pada pasien normal dan kembali dalam waktu 3 detik.

13. Ekstremitas bawah : jari kaki lengkap, pasien tidak menggunakan kuteks, dan di daerah genitalia tidak dilakukan pemeriksaan langsung di tanyakan pada pasien dan pasien menjawab tidak ada kelainan pada daerah genitalia.

b) Pemeriksaan penunjang.

Darah lengkap.

Result	Flages	Unit	Reference Range
WBC	9,44	10 <sup>3</sup> /uL	3.60-11.00
LYMPH#	2.63	10 <sup>3</sup> /uL	1.00-3.70
MONO#	0,37	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.70
EO#	0.37	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.40
BASO#	0.06	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.10
NEUT#	6.21	10 <sup>3</sup> /uL	1.50-7.00
YMPH#	27.9	%	25.0-40.00
MONO#	3.9	%	2.0-8.0
EO%	1.8	%	2.0-4.0
BASO#	0.6	%	0.0-1.0
NEUT#	65.8	%	50.00-70.00
IG#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-7.00
IG%	0.3	%	0.0-72.00
RBC	4.84	10 <sup>6</sup> /uL	3.80-5.20
HGB	13.0	g/dL	11.7-15.5
HCT	39.7	%	35.0-47.0
MCV	82.0	fL	80.0-100.0
MCH	26.9	Pg	26.0-34.0
MCHC	32.7	g/dL	32.0-36.0
RDW-SD	38.3	fL	37.0-54.0
RDW-CV	12.6	%	11.5-14.5
PLT	334	10 <sup>3</sup> /uL	150-440
MPV	10.1	fL	9.0-13.0
PCT	0.34	%	0.17-0.35
PDW	11.7	fL	9.0-17.0
P-LCR	26.1	%	13.0-43.0

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Faal hati		
SGOT/AST	21.9	0-35U/L
SGPT/ALT	15.9	4-36U/L
Faal ginjal		
UREUM	43.1	10-50mg/dl
CREATININ	1.89	0.6-1.2mg/Dl

## c) Terapi

No	Nama obat	Dosis	Berat
1	Betahistine mesilate	3x1	6 mg
2	Captopril	3x1	2 mg
3	Simvastatin	1x1	20 mg
4	Chlorphenamine maleate	2x1	4 mg
5	Paracetamol	3x1	500 mg
6	Amlodipine basilate	1x1	10 mg
7	Citicoline sodium	Injeksi IV	500 mg
8	Omeprazole sodium	Injeksi IV	40 mg
9	Mecobalamine	Injeksi IV	500 mg

## b. Tabulasi data

Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, sakit hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang, lemah mual dan muntah kalau sering makan terlambat, aktifitas pasien seperti makan, minum sekarang dibantu oleh keluarganya di karenakan tangan sebelah kiri terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm tetapi untuk ke toilet untuk BAB dan BAK pasien dapat melakukannya sendiri, HB 12 g/dL, TD 180/90 mmHg, S:36x/menit, N:122x/menit, RR;18x/menit, SpO2 98%, S: 36<sup>0</sup>c dan pasien tampak pucat.

## c. Klasifikasi data.

DS: pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, sakit hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang lemah, mual dan muntah kalau sering makan terlambat, aktifitas pasien seperti makan dan minum sekarang di bantu oleh keluarga di karenakan tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm tetapi untuk ke toilet untuk BAB dan BAK pasien dapat melakukannya sendiri.

DO: kesadaran: composmentis, HB 12 g/dL, TD: 180/90 mm Hg, N: 122x/ menit, RR: 18x/menit, S:36<sup>0</sup>c, SpO2:98%, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, pasien tampak pucat.

## d. Analisa data.

No	Sing/symptom	Etiologi	Problem
1	<p>Ds: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, sakit hanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang</p> <p>Do: Tampak pucat, Td 180/90 mmHg, RR 18x/ menit, SpO2 98%, N 122x/dan S: 36<sup>0</sup>c</p>	Agen pencedera fisiologis (iskemia)	Nyeri akut
2	<p>Ds :pasien mengatakan mual, muntah dan lemah</p> <p>Do: Tampak pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm</p>	Distensi lambung	Nausea
3	<p>Ds: Pasien mengatakan lemah dan aktifitas seperti makan, minum di bantu oleh keluarga.</p>	Imobilitas	Intoleransi aktifitas

	Do:Pucat, TD 180/90mmHg, RR 18x/menit, Nadi 122 x/menit dan S 36 <sup>0</sup> c		
--	---	--	--

### 3. Diagnosa keperawatan.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala.

DO: Tampak pucat, Td 180/90 mmHg, RR 18x/ menit, SpO2 98%,

N: 122x/menit dan S:36<sup>0</sup>c.

- b. Nausea berhubungan dengan distensi lambung yang ditandai dengan:

DS: pasien mengatakan mual, muntah dan lemah

DO: Tampak pucat, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, akral teraba hangat.

- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan imobilitas yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan lemah dan aktifitas seperti makan dan minum dibantu oleh keluarga.

DO: Pucat, TD 180/90mmHg, RR 18x/menit, N 122 x/menit dan S 36<sup>0</sup>c.

### 4. Intervensi keperawatan.

Berdasarkan masalah diatas maka masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis merupakan masalah utama karena

mengancam nyawa harus segera mendapat pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk nausea berhubungan dengan distensi lambung dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas merupakan masalah yang mengancam keselamatan.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa Nyeri akut. **Tujuan:** setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nyeri akut menurun. **kriteria hasil:** keluhan nyeri menurun,tampak meringis menurun,kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik. **Rencana tindakan: manajemen nyeri:** 1) ukur TTV tiap 2 jam sekali. R/ TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. 2) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri. R/ nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penaganan yang efektif. . 3) identifikasi skala nyeri, R/ mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien . 4) anjurkan teknik relaksasi. R/ mengurangi nyeri yang di rasakan. 5) kolaborasi pemberian analgesik. R/ untuk megurangi rasa nyeri. Intervensi untuk diagnosa nausea . **Tujuan:** setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan nausea menurun. **kriteia hasil:** nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, perasaan asam di mulut menurun. **Rencana tindakan: manajemen mual dan muntah :** 1) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali. R/ TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini

dengan cara mengobservasi. . 2) Identifikasi penyebab mual dan muntah. R/ memberikan tindakan keperawatan untuk mengatasi mual dan muntah. 3) Memonitor asupan nutrisi dan cairan. R/ menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah. 4) identifikasi pengalaman mual. R/mengetahui faktor terjadinya mual.5) identifikasi faktor penyebab muntah. R/mengetahui faktor yang menyebabkan muntah. 6) anjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur. R/ istirahat dan tidur pasien yang cukup dapat mengembalikan stamina pasien menjadi segar . 7) anjurkan menyiapkan kantong plastik untuk menampung muntah. R/tetap menjaga kebersihan di sekitar lingkungan area tindakan dan mencegah terjadinya penyakit menular. 8) anjurkan pada pasien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat. R/memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan mencegah mual dan muntah. 9) kolaborasi pemberian obat mual dan muntah seperti : Betahistine mesilate Intervensi untuk diagnosa Intoleransi aktivitas .

**Tujuan :** setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan intoleransi aktivitas meningkat. **Kriteria hasil :** keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. **Rencana tindakan : manajemen energi :** 1) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali. R/ TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. . 2) Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan. R/sebagai intrevensi selanjutnya pada organ yang mengalami

gangguan. 3) monitor pola dan jam tidur. R/ kecukupan tidur dan istirahat pasien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat, 4) anjurkan tirah baring. R/ istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.

#### 5. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnosa keperawatan:

a. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari pertama rabu 14 september 2022.

1. Diagnosa nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Jam 08<sup>00</sup> WITA mengukur TTV dengan hasil: TD: 180/90 mmHg, RR: 18x/menit, SpO<sub>2</sub>: 98%, N: 122x/menit, S: 36°C. Jam 08<sup>00</sup> WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan intensitas nyeri dengan hasil: pasien mengatakan masih merasakan nyeri kepala. Jam 08<sup>10</sup> WITA mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan dengan hasil: nyeri yang dirasakan pasien nyeri sedang dengan skala 3. Jam 08<sup>15</sup> WITA mengajarkan teknik relaksasi dengan hasil: pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri. Jam 07<sup>30</sup> WITA melayani obat oral betahistine mesilate, captropil, paracetamol 3x1.

2. Diagnosa Nausea b/d distensi lambung. Jam 08<sup>20</sup> WITA mengukur TTV pada pasien TD: 180/90 mmHg, RR: 18x/menit, SpO<sub>2</sub>: 98%, N: 122x/menit, S: 36<sup>o</sup>c, jam 08<sup>25</sup> WITA mengidentifikasi penyebab mual dan muntah, jam 08<sup>30</sup> WITA memonitor asupan nutrisi dan cairan, jam 08<sup>35</sup> WITA mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah, 08<sup>40</sup> WITA mengajurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur dengan hasil: pasien banyak istirahat dah tidur, 08<sup>45</sup> WITA menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk menyiapkan kantong plastik pada saat muntah dengan hasil, jam 08<sup>50</sup> WITA menganjurkan kepada pasien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat. Jam 08<sup>00</sup> WITA melayani injeksi obat omeprazole 40 mg/iv.
  3. Diagnosa intoleransi b/d imobilitas. Jam 08<sup>55</sup> WITA mengukur TTV pada pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, N:122x/menit, S:36,<sup>o</sup>c. Jam 09<sup>00</sup> WITA mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Jam 09<sup>05</sup> WITA memonitor pola dan jam tidur. Jam 09<sup>10</sup> WITA menganjurkan tirah baring.
- b. Pelaksanaan intervensi pada hari kedua kamis 15 september 2022.
1. Diagnosa nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Jam 07<sup>30</sup> WITA melayani obat oral betahistine masilate, captropil, paracetamol 3x1. jam 08<sup>10</sup> WITA mengukur TTV pada pasien

TD: 170/90 mmHg, N:116x/menit, S:36,1°C, RR:16x/menit, SpO2 96%. Jam 08<sup>15</sup> WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Jam 08<sup>20</sup> WITA mengidentifikasi skala nyeri yang dirasakan oleh pasien.

2. Diagnosa nausea b/d distensi lambung. jam 08<sup>25</sup> WITA mengukur TTV pada pasien TD: 170/90 mmHg, N:116x/menit, S:36,1°C, RR: 16x/menit, SpO2 96%. Jam 08<sup>25</sup> WITA mengidentifikasi penyebab mual dan muntah. Jam 08<sup>30</sup> melayani injeksi omeprazole sodium 40mg. Jam 08<sup>30</sup> memonitor asupan nutrisi dan cairan.

3. Diagnosa intoleransi aktivitas b/d imobilitas. jam 08<sup>30</sup> WITA mengukur TTV pada pasien TD: 170/90 mmHg, N:116x/menit, S:36,1°C, RR:16x/menit, SpO2 96%. Jam 08<sup>35</sup> WITA mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

#### 6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi hari pertama pada hari/tanggal rabu, 14 september 2022:

**Diagnosa I** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian kepala. **O:** pasien tampak meringis mengukur TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO2 : 98%, N:122x/menit, S:36°C, tangan kirir terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** masalah keperawatan nyeri akut

belum teratasi. **P:** lanjutkan intervensi 1 dan 2. **Diagnosa II** nausea b/d distensi lambung. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan masih mual dan muntah. **O:** pasien tampak pucat TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, N:122x/menit, S:36°c, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm **A:** masalah keperawatan Nausea belum teratasi. **P:** lanjutkan intervensi 2 dan 3. **Diagnosa III** intoleransi aktivitas b/d imobilitas. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan masih merasa lemah. **O:** tampak lemah TTV pasien TD:180/90 mmHg, RR:18x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, N:122x/menit, S:36°c, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. **P:** lanjutkan intervensi 1.

Evaluasi hari kedua pada hari/tanggal kamis 15 september 2022: **Diagnosa I** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang. **O:** tidak tampak meringis mengukur, TTV pada pasien TD:170/90 mmHg, N:116x/menit, S: 36,1°c, RR:16x/menit, SpO<sub>2</sub>: 96%. **A:** masalah keperawatan nyeri akut teratasi. **P:** intervensi di hentikan. **Diagnosa II** Nausea b/d distensi lambung. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang. **O:** pucat pada pasien sudah berkurang, TTV pada pasien : TD:170/90mmHg, N: 116x/menit, S: 36,1°c, RR: 16x/menit ,SpO<sub>2</sub> :96%. **A:** masalah keperawatan Nausea teratasi sebagian. **P:** intervensi di hentikan. **Dignosa III** intoleransi aktivitas b/d imobilitas. Evaluasi yang dilakukan: **S:** pasien mengatakan

badanya sudah tidak merasa lemah, seperti hari kemarin. **O:** pasien dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dan tidak merasa lemah, TTV pada pasien : TD:170/90 mmHg, N: 116x/menit, S: 36,1°C, RR: 16x/menit, SpO<sub>2</sub> :96%. **A:** masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian. **P:** lanjutkan intervensi

#### 7. catatan perkembangan.

Catatan perkembangan hari/tanggal jumat, 16 september 2022:

**Diagnosa I** nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis. **S:** pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang. **O:** tidak tampak meringis, TTV pada pasien, TD: 150/ 80 mmHg, N: 124x/menit, S: 36°C, RR: 19x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, tangan kiri terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm. **A:** masalah keperawatan nyeri akut tertasi. **P:** lanjutkan intervensi 1. **I:** jam 13.00 WITA identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. **E:** pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang, intervensi di hentikan ( pasien di pulangkan). **Diagnosa II** nausea b/d distensi lambung. **S:** pasien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang. **O:** pasien tidak tampak pucat, TD: 150/90 mmHg, S: 36°C, RR:19x/menit, N: 124x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** masalah keperawatan Nusea teratasi sebagian. **P:** lanjutkan intervensi 2. **I:** Jam 13.10 WITA identifikasi penyebab mual dan muntah. **E:** pasien mengatakan mual dan muntahnya sudah berkurang, masalah keperawatan Nausea teratasi, intervensi du hentikan (pasien di pulangkan). **Diagnosa III** intoleransi aktivitas b/d imobilitas.

**S:** pasien mengatakan badanya sudah tidak lemah seperti hari kemarin dan dapat melakukan aktivitas sendiri. **O:** pasien tidak tampak lemah, dapat melakukan aktivitas seperti biasa, pucat, TD: 150/90 mmHg, S: 36°C, RR: 19x/menit, N: 124x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%, tangan kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm. **A:** lanjutkan intervensi 2. **I:** Jam 13.20 Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelemahan. **E:** Pasien mengatakan badanya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin. intervensi dihentikan (pasien di pulangkan).

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data ( data primer maupun data sekunder ), baik yang bersifat objektif maupun yang bersifat subjektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu ditegakan diagnosa keperawatan pun ditegakan dimana komponen penyusunannya terdiri dari *problem, etiologi, sign and symptom* ( diagnosa akut ), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial ) dan komponen *problem* ( diagnosa resiko/ resiko tinggi).

Intervensi atau perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan , dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang btelah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi , dengan demikian rencana keperawatan sekanjutnya dapat di tetapkan lagi.

Demikian asuhan keperawatan pada Ny. W.U dengan diagnosa medis Hipertensi. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek ( kasus nyata) yang ditemukan pada Ny.W.U dengan diagnosa medis Hipertensi yang ditrawat di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende.

#### 1. Pengkajian.

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian pada Ny.W.U berumur 54 tahun dengan diangnosa medis Hipertensi di temukan data, pasien mengatakan pusing, nyeri pada kepala, mual muntah dan lemah, saat di lakukan pemeriksaan fisik pasien tampak pucat, lemah, TD: 180/90mmHg, N:122x/menit, RR:18x/menit, S: 36<sup>0</sup>c , SpO2 :98% dan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak di temukan pada kasus dengan hipertensi yaitu jantung berdebar-debar, penglihatan kabur, dan rasa sesak di dada namun nyeri pada kepala ditemukan dalam kasus nyata

maupun di teori (Kemenkes RI,2018). Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan pada manifestasi klinis pada Ny. W.U karena pasien belum pernah melakukan pemeriksaan sebelumnya. Proses pengkajian ini menggunakan teknik observasi dan wawancara kepada pasien.

Studi kasus ini sama dengan studi kasus yang dilakukan oleh Geodeliva (2020), dengan diagnosa medis hipertensi dimana pada kasus tidak ditemukan adanya manifestasi klinis yaitu jantung berdebar-debar, penglihatan kabur, dan rasa sesak di dada (hipertensi terinopati) biasanya timbul akibat hipertensi berat atau menahun dan tidak diobati sehingga merusak organ yang spesifik. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita Hipertensi masing-masing pasien berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dalam pengobatan.

## 2. Diagnosa medis.

Secara teori diagnosa medis untuk kasus hipertensi ada 4 yaitu penurunan curah jantung, resiko perfusi jaringan cerebral, nyeri akut dan intoleransi aktifitas. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny.W.U hanya ada tiga diagnosa yaitu nausea, nyeri akut dan intoleransi aktifitas.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat 3 diagnosa sedangkan di teori terdapat 4 diagnosa. Adapun diagnosa keperawatan pada kasus dan terdapat pada teori yaitu nyeri akut dan intoleransi aktifitas

selain itu diagnosa resiko perfusi jaringan cerebral dan penurunan curah jantung tidak diangkat karena pada saat dikaji tidak di temukan peningkatan tekanan darah. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita hipertensi akan di tegakan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi dan kecepatan dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan.

### 3. Intervensi keperawatan

Semua intervensi keperawatan baik pada tinjauan teoritis maupun pada kasus adalah sama intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi keperawatan ndari ketiga diagnosa telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta pasien dan keluarga dalam membantu perawatan dalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melakukan intervensi keperawatan.

### 4. Implementasi keperawatan.

Implemntasi yang dilakukan pada Ny.W.U dengan diagnosa medis hipertensi, berdasarkan tiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan mulai dari mengukur TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri pada pasien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari nausea, nyeri akut dan intoleransi aktifitas. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketiga

masalah di atas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 14 September 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 15-September. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat kerja sama antara pasien, keluarga dan perawat. Tidak ada perbedaan antara teori dan kasus nyata, semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah serta memberi hasil yang baik dimana pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

#### 5. Evalausi keperawatan.

Evalausi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. W.U evaluasi dapat di analisa berdasarkan tujuan yang telah di tetapkan. Pada evaluasi keparawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana keperawatan dari masing-masing diagnosa keperawatan yang terdapat pada kasus nyata Ny.W.U yaitu untuk masalah nausea dimana pasien mengatakan mual dan muntah berkurang. Masalah keperawatan nausea berhubungan dengan distensi lambung sebagai teratasi. Untuk masalah nyeri akut dimana pasien mengatakan nyeri pada kepala sudah berkurang . Untuk masalah intoleransi aktifitas dimana pasien mengatakan badanya sudah tidak lemah lagi seperti hari kemarin dan dapat melakukan aktifitas sendiri dan pasien sudah bisa di pulangkan. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat

jalanya studi kasus antara lain waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori.

Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran perawat yang ditemukan dalam studi kasus ini antara lain:

- a) Sebagai pendidik: memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ditemukan perawat menjelaskan kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun isisnya.
- b) Sebagai advokad: tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak diinginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata ditemukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan.
- c) Sebagai pemberi perawatan: memberi perawatan secara langsung pada individu, keluarga atau kelompok, pada studi kasus nyata ditemukan perawat melakukan asuhan keperawatan langsung pada Ny.W.U.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada pasien Ny. W.U dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa :

1. Data pengkajian pada pasien Ny.W.U dengan diagnosa medis hipertensi ditemukan data hampir sama sesuai dengan yang ada di teori. Pasien mengatakan mual dan muntah, nyeri pada kepala dan pusing, lemah dan aktifitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan dan minum dibantu oleh keluarga, TD 180/90mmHg, N: 122x/menit, S: 36<sup>0</sup>c, RR: 18x/menit, dan Spo2 :98% tampak pucat. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan masalah keperawatan yaitu: Nyeri akut, Nausea dan Intoleransi aktifitas.
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny.W.U yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedra fisiologi, Nausea berhubungan dengan distensi lambung dan Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dilaksanakan dengan kemampuan serta kesepakatan antara pasien dengan keluarga.
4. Implementasi keperawatan.  
Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta pasien, keluarga dan didukung oleh ketaatan

penderita dalam mengkonsumsi obat hipertensi secara teratur. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap pasien Ny.W.U. diperoleh hasil bahwa masalah Nyeri akut teratasi, Nausea teratasi dan Intoleransi aktifitas teratasi. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada teori dan pada kasus.

## **B. Saran**

### 1) Bagi perawat.

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

### 2) Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.

### 3) Bagi pasien.

Agar selalu memperhatikan pola hidup yang sehat dan teratur untuk minum obat serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. ( 2019). *Hipertensi Penyakit Paling Banyak Didap Masyarakat*.
- PPNI (2016). *Stmandar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Defenisi dan indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI. 3
- PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI .
- Profil RSUD Ende. (2022). *Data Penyakit Hipertensi Tahun 2020-2021 Kabupaten Ende*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonseisa (2018) *Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur Riskedas 2018*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB) Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013
- Kementrian Kesehatan Republik Indonseisa (2018) *Laporan Nasional Riskedas 2018*. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB) Anggota IKAPI No. 468/DKI/XI/2013
- Tritasari & Kodim, (2019). Hamndan. H & Tatisina.M.M. *Jurnal Pengamas Kesehatan Sasambo Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi* , Volume 1 No 2 Tahun 2020. e-ISSN:2715-0469.
- WHO. (2018) Siswano Yuliaji, dkk 2020 *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia Hipertensi Pada Remaja di Kabupaten Semarang*. Jln di Ponegoro no.186, Ngablak , Gedanganak, Kec. Unggaran Timur, Semarang Jawa Tengah 50512.
- Zulkifli.F & Adhitya, (2019). Hamndan. H & Tatisina.C.M. *Jurnal Pengamas Kesehatan Sasambo Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi*, Volume 1 No 2 Tahun 2020. e-ISSN:2715-0469.

## 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 Aurelia Rusmiati Gerda dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. W.U dengan diagnosa Medik Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I dan II RSUD Ende"

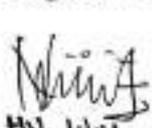
Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 13 September 2022

Saksi Persetujuan

  
Hj. C.C.M.A

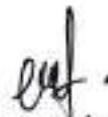
Yang Memberi

  
Ny. W.U.

## **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 Ny.A.N Dengan Diagnosa Medik Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan masalah *Hipertensi* di Ruang Penyakit Dalam I,II RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Hipertensi*. 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 : 081236016836

Ende, 13 September 2022  
Peneliti



**Aurelia rusmiati gerda**  
**PO.530320219928**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**



**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

irektorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 880025  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com.



---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.W.U DENGAN  
DIAGNODSA MEDIK HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM  
I,II DI RSUD ENDE .**

**A. Pengkajian.**

1. Pengumpulan data

a. Identitas pasien.

Nama : Ny. W.U.  
Umur : 56 tahun  
Jenis kelamin : perempuan.  
Pendidikan : diploma tiga  
Pekerjaan : PNS  
Alamat : Jln .Melati ,orong banwas.

b. Identitas penanggung jawab.

Nama : Ny. C.C.M.R  
Umur : 29 tahun  
Hubungan dengan pasien : keponakan.  
Alamat : Jln. Melati, lorong banwas .  
Pendidikan : S1. Kebidanan.  
Pekerjaan : Bidan ( Non Pns ).  
Waktu dan tanggal pengobatan : -

## Obat yang terair di pakai

No	Nama obat	Dosis	Berat
1	Betahistine mesilate	3x1	6 mg
2	Captopril	3x1	2 mg
3	Simvastatin	1x1	20 mg
4	Chlorphenamine maleate	2x1	4 mg
5	Paracetamol	3x1	500 mg
6	Amlodipine basilate	1x1	10 mg
7	Citicoline sodium	Injeksi IV	500 mg
8	Omeprazole sodium	Injeksi IV	40 mg
9	Mecobalamine	I njeksi IV	500 mg

## 2. Keadaan umum.

### a. Riwayat kesehatan.

1. Keluhan utama: pasien mengatakan merasa pusing.
2. Riwayat keesehatan sekarang: Pasien mengatakan pusing,nyeri kepala,nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk,sakit haanya pada bagian kepala,skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang),nyeri muncul kadang-kadang, lemah, mual dan muntah kalau sering makan terlambat, tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, nyeri yang dirasakan oleh pasien sejak pada saat pasien masuk Rumah Sakit
3. Riwayat kesehatan masa lalu: Pasien mengatakan dari dulu hingga sekarang memiliki riwayat lambung dan pasien mengatakan selalu mengkonsumsi air hangat untuk mengatasi sakit lambung.
4. Riwayat kesehatan keluarga : Pasien mengatakan kalau ada anggota keluarganya yaitu adik kandungnya sendiri yang menderita penyakit stroke di karenakan mengalami tekanan darah tinggi.
5. Pengkajian perpola
  - 1) Pola presepsi dan pemeliharaan kesehatan.

Keluarga pasien dan pasien mengatakan bahwa jika pasien sakit pasien di bawa ke fasilitas kesehatah terdekat (Puskesmas Kota).

2) Pola nutrisi metabolik.

Pasien mengatakan pasien makan 3 kali sehari dan minum air sekitar 8 gelas perhari , makanan yang sering di makan seperti nasi,sayur,ikan,tahu tempe dan telur. Porsi makanan yang di siapkan dapat di habiskan. Saat ini pasien sedang sakit pasien makan 3 kali sehari jenis makanan yang di berikan nasi,telur dan sayur bening, pasien menghabiskan stengah piring makanan yang di berikan dan makan minum pasien di bantu oleh keluarganya dan tidak ada hambatan dalam makan.

3) Pola eliminasi.

Pasien mengatakan Babnya lancar 1 kali sehari dengan konsistensi padat dan lembek, saat Bab, sedangkan Bak pasien bisa dengan 3 kali sehari warna kuning,berbau urine dan tidak ada keluhan saat Bak. Pada saat sakit Bab dan Bak selalu lancar tanpa keluhan apa pun.

4) Pola aktifitas dan latihan.

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien dapat melakukan aktifitas sendiri seperti : makan,mandi,berpakayan,buang air kecil,buang air besar. Pasien mengatakan aktifitasnya di bantu seperti makan dan minum karena tangan pasien terpasang infus tetapi untuk buang air kecil dan buang air besar pasien dapat melakukannya sendiri.

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum			2		
Mandi	0				
Toileting	0				
Berpakayan	0				
Berpindah	0				

Keterangan: 0:mandiri.1:alat bantu,2: di bantu orang lain,3:di bantu orang lain dan alat,4:tergantung total.

5) Pola istirahat dan tidur.

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai jam 21.00-05.00 pagi sedangkan untuk tidur siang biasanya 1-3 jam , tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur pada saat sakit pun pasien biasanya tetap tidur di jam 21.00-05.00 dan tidur siang 1-3 jam .

6) Pola kongnitif dan presepsi sensori.

Pasien mengatakan dapat mengingat semua anggota keluarganya dan juga dapat mengingat kejadian yang menimpah pasien pada hari sabtu pagi dan di bawah ke rumah sakit.

7) Pola peran dan hubungan dengan sesama.

Sebelum sakit pasien merupakan seorang ibu yang memiliki 3 orang anak , pasien memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya, pasien mempunyai hubungan baik dengan tetangga dan masyarakat yang ada di lingkungannya dan pasien aktif di dalam lingkungan. Saat ini pasien seorang PNS.

8) Pola mekanisme penyusuan toleransi terhadap stress.

Pasien merupakan seorang PNS , pasien mempunyai hubungan baik dengan anggota keluarga, keluarga mendukung kesembuhan pasien, semua masalah dan keputusan pasien selalu menceritakan kepada suami dan anak-anak.

9) Pola sistem dan kepercayaan.

Sebelum sakit pasien mengatakan pada setiap hari minggu selalu ke gereja tapi pada saat sakit pasien tidak bisa ke gereja untuk melakukan ibadah bersama tetapi pasien hanya berdoa di atas tempat tidur setiap jam 12 siang (doa angelus

6. Pemeriksaan Fisik.

Kedudukan umum

TTV: TD 180/90 mmHg, S: 36x/menit, N: 122x/menit, RR; 18x/menit, SpO2 98%, S: 36<sup>0</sup>c.

a) Kepala :

I: kulit kepala tampak bersih ,rambut warna hitam dan tidak mudah rontok.

P.tidak ada nteri tekan.

P.

A.

b) Wajah.

I :. tampak bersih,bentuk wajah simetris, pasien tampak pucat.

P.

P.

A:

c) Mata.

I : konjungtiva tidak anemis (tidak pucat) sklera mata tidak ikterik, bentuk mata simetris antara kiri dan kanan, tidak ada penggunaan alat bantu seperti kaca mata

P:

P:

A:

d) Telinga.

I: tidak ada serum, bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada penggunaan alat bantu dengar

P:

P:

A:

e) Hidung.

I: bentuk simetris tidak ada lesi, tidak terpasang O<sub>2</sub>.

P:

P:

A:

f) Bibir.

I: mukosa bibir lembab dan tidak ada sianosis.

P:

P:

A:

g) Mulut.

I: bentuk simetris, mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, tidak ada karies gigi.

P:

P:

A:

h) Leher.

I: bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada kelenjar getah bening.

P:

P:

A:

i) Dada.

I: bentuk simetris, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada nyeri tekan.

P:

P:

A:

j) Abdomen.

I: bentuk simetris

P: tidak ada nyeri tekan.

P:

A:

k) Ekstremitas atas .

Tangan kiri terpasang infus nacl 0,9% 20 kali per menit, akral teraba hangat dan kulit tidak pucat.

Genitalia.

Tidak di lakukan pemeriksaan karena pasien tidak ada keluhan pada daerah genetalia

#### 7. Pemeriksaan penunjang.

Darah lengkap.

Result	Flages	Unit	Reference Range
WBC	9,44	10 <sup>3</sup> /UL	3.60-11.00
LYMPH#	2.63	10 <sup>3</sup> /uL	1.00-3.70
MONO#	0,37	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.70
EO#	0.37	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.40
BASO#	0.06	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.10
NEUT#	6.21	10 <sup>3</sup> /uL	1.50-7.00
YMPH#	27.9	%	25.0-40.00
MONO#	3.9	%	2.0-8.0
EO%	1.8	%	2.0-4.0
BASO#	0.6	%	0.0-1.0
NEUT#	65.8	%	50.00-70.00
IG#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-7.00
IG%	0.3	%	0.0-72.00
RBC	4.84	10 <sup>6</sup> /uL	3.80-5.20
HGB	13.0	g/dL	11.7-15.5
HCT	39.7	%	35.0-47.0
MCV	82.0	fL	80.0-100.0
MCH	26.9	Pg	26.0-34.0
MCHC	32.7	g/dL	32.0-36.0
RDW-SD	38.3	fL	37.0-54.0
RDW-CV	12.6	%	11.5-14.5
PLT	334	10 <sup>3</sup> /uL	150-440
MPV	10.1	fL	9.0-13.0
PCT	0.34	%	0.17-0.35
PDW	11.7	fL	9.0-17.0
P-LCR	26.1	%	13.0-43.0

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Faal hati		
SGOT/AST	21.9	0-35U/L
SGPT/ALT	15.9	4-36U/L
Faal ginjal		
UREUM	43.1	10-50mg/dl
CREATININ	1.89	0.6-1.2mg/Dl

### Terapi

No	Nama obat	Dosis	Berat
1	Betahistine mesilate	3x1	6 mg
2	Captopril	3x1	2 mg
3	Simvastatin	1x1	20 mg
4	Chlorphenamine maleate	2x1	4 mg
5	Paracetamol	3x1	500 mg
6	Amlodipine basilate	1x1	10 mg
7	Citicoline sodium	Injeksi IV	500 mg
8	Omeprazole sodium	Injeksi IV	40 mg
9	Mecobalamine	I njeksi IV	500 mg

#### b. Tabulasi data

Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala, ,nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, sakit haanya pada bagian kepala, skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang), nyeri muncul kadang-kadang, lemah mual dan muntah kalau sering makan terlambat, aktifitas pasien seperti makan, minum sekarang di bantu oleh keluarganya di karenakan tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm tetapi untuk ke toliet untuk BAB dan BAK pasien dapat melakukannya sendiri, TD 180/90 mmHg, S:36x/menit, N:122x/menit, RR;18x/menit, SpO2 98%, S: 36<sup>0</sup>c dan pasien tampak pucat.

c. Klasifikasi data.

Ds:pasein mengatakan pusing,nyeri kepala ,,nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk,sakit haanya pada bagian kepala,skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang),nyeri muncul kadang-kadang lemah,mual dan muntah kalau sering makan terlamba,aktifitas pasien seprti makan, minum sekarang di bantu oleh keluarga di karenakan tangan sebelah kiri terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm tetapi untuk ke toilet untuk BAB dan BAK pasien dapat melakukannya sendiri.

Do: kesadran : composmentis,TD: 180/90 mm Hg,N: 122x/ menit,  
RR: 18x/menit, S:36<sup>0</sup>c,SpO2:98% terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm,  
pasien tampak pucat

d. Analisa data.

No	Sing/symptom	Etiologi	Problem
1	Ds: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala, ,nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk,sakit haanya pada bagian kepala,skala nyeri yang dirasakan yaitu skala nyeri 3 (nyeri sedang),nyeri muncul kadang-kadang Do: Tampak pucat,Td 180/90 mmHg, RR 18x/ menit ,SpO2 98%, N 122x/dan S: 36 <sup>0</sup> c	Agen pencedera fisiologis (iskemia	Nyeri akut
2	Ds :pasien mengatakan mual dan muntah. Do: Tampak pucat,terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm,akral teraba hangat distensi lambung	distensi lambung	Nausea

3	Ds: Pasien mengatakan lemah dan aktifitas seperti makan,minum di bantu oleh keluarga. Do:Tampak lemah,pucat,TD 180/90mmHg, RR 18x/menit, SpO2 98%,N 122x/menit dan S: 36 <sup>0</sup> c	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
---	--	-----------	-----------------------

### 3. Diagnosa Keperawatan.

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (iskemia) yang di tandai dengan :

Ds: pasien mengatakan pusing dan nyeri kepala.

Do: Tampak pucat,Td 180/90 mmHg, RR 18x/ menit ,SpO2 98%, N 122x/menit dan S:36<sup>0</sup>c.

- 2) Nausea berhubungan dengan distensi lambung yang di tandai dengan

Ds:pasien mengatakan mual dan muntah.

Do: Tampak pucat,terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm,akral teraba hangat.

- 3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan yang di tandai dengan

Ds: Pasien mengatakan lemah dan aktifitas seperti makan,minum di bantu oleh keluarga.

Do:Tampak lemah,pucat,TD 180/90mmHg, RR 18x/menit, SpO2 98%,N 122x/menit dan S: 36

#### 4. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan <b>kriteria hasil</b> :keluhan nyeri menurun,tampak meringis menurun,gelisah menurun,kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik	<b>Rencana tindakan : manajemen nyeri</b> a) Ukur TTV tiap 2 jam sekali . b) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri. c) identifikasi skala nyeri. d) anjurkan teknik relaksasi. e) kolaborasi pemberian analgesik.	a) TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. b) nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus digambarkan oleh pasien untuk merencanakan penanganan yang efektif. c) mengkaji skala nyeri dan mengetahui ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien. d) mengurangi nyeri yang di rasakan. e) untuk mengurangi rasa nyeri
2	Nausea	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan mual dan muntah teratasi dengan <b>kriteria hasil</b> : nafsu makan meningkat,keluhan mual menurun,perasaan ingin muntah menurun, perasaan asam dimulut	<b>Rencana tindakan : manajemen mual dan muntah.</b> a) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali. b) Identifikasi penyebab mual dan muntah. c) asupan nutrisi dan cairan. d) identifikasi pengalaman mual.	a) TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi. b) memberikan tindakan keperawatan untuk mengatasi mual dan muntah. c) menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah.

		meneurun.	<ul style="list-style-type: none"> <li>e) dentifikasi faktor penyebab muntah.</li> <li>f) anjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur.</li> <li>g) anjurkan menyiapkan kantong plastik untuk menampung muntah.</li> <li>h) anjurkan pada pasien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) mengetahui faktor terjadinya mual.</li> <li>e) mengetahui faktor yang menyebabkan muntah.</li> <li>f) istirahat dan tidur pasien yang cukup dapat mengembalikan stamina pasien menjadi segar.</li> <li>g) tetap menjaga kebersihan di sekitar lingkungan area tindakan dan mencegah terjadinya penyakit menular.</li> <li>h) memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan mencegah mual dan muntah.</li> </ul>
3	Intoleransi aktivitas.	:Setelah dilakuakn tindakan keperawatansela ma 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi maktivitas teratasi dengan <b>kriteria hasil:</b> keluhan lelah menurun,perasaan lemah menurun,dapat melakukan aktivitas meningkat,kemud ahan dalam melakukan aktifitas sehari hari meningkat.	<p><b>Rencana tindakan : menejemen energi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) ukur TTV pasien tiap 2 jam sekali.</li> <li>b) Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</li> <li>c) monitor pola dan jam tidur.</li> <li>d) anjurkan tirah baring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) TTV dapat mengetahui perkembangan pasien secara dini dengan cara mengobservasi.</li> <li>b) sebagai intrevensi selanjutnya pada organ yang mengalami gangguan.</li> <li>c) kecukupan tidur dan istirahat pasien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.</li> <li>d) istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi.</li> </ul>

## 5. Implementasi keperawatan.

Hari pertama

Hari/tnggl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
14-09-2022	1	08.00	1).mengidentifikasi lokasi,karakteristik,duras, frekuensi,kaulitas dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih merasakan nyari pada kepala.	S:Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian kepala.  O: Pasien tampak meringis
		08.10	2).menidentifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyerinya berada di skala 3 dengan nyeri sedang.	A:masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi.  P:intervensi dilanjutkan(1,2)
		08.15	3). mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi dengan hasil: pasien dapat melakukan teknik relaksasi seperti napas dalam untuk mengurangi nyari	
14-09 2022	2	08.20	1)..mengidentifikasi penyebab mual dan muntah dengan hasil: pasein mengatakan penyebab dari mual muntah karena sering makan terlambat.	S:Pasien mengatakan masih mual dan muntah.  O: pasien tampak pucat, tangan kiri terpasang infus Nacl 0.9 % 20 tpm.
		08.25	2).memonitor asupan nutrisi dan cairan dengan hasil: pasien dapat menghabiskan makan dari RS, pasien mampu menghabiskan air 2 gelas dalam sekali makan.	A: Masalah keperawatan nausea belum teratasi.
		08.30	3.menganjurkan pada pasien untuk dapat menyiapkan ember atau kantong plastik pada saat	P: intervensi di lanjutkan (1,4)

		08.40	<p>muntah dengan hasil: kelurga hanya menyiapkan kantong plastik.</p> <p>4. menganjurkan pada pasien pada saat selesai muntah untuk mengkumur mulutnya menggunakan air panas dengan hasil: pasien tidak mengkumur mulutnya menggunakan air panas karena kelurga belum menyiapkan air panas dan pasien mengkumur mulutnya menggunakan air dingin.</p>	
		08.45	5. menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dengan hasil: pasein banyak istirahat dan tidur	
		08.50	6. menganjurkan pada pasien untuk makan sedikit tapi sering dalam keadaan hangat: pasien mengatakan makan-makanan dari RS yang masih hangat.	
14-09 2022	3	09.00.	1).megidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil pasein mengatakan badanya terasa lemah.	S:pasien mengatakan masih merasa lemah.
		09.05	2) memonitor pola dan jam tidur dengan hasil: pasien dalam sehari bisa tidur siang sekitar 2 jam dan tidur malam mulai dari pukul 21.00 dan bangun pada pukul 05.00	O: tampak lemah A:Masalah keperawatan intoleransi aktifitas belum teratasi.  P:intervensi di lanjutkan (1)

Hari kedua

Hari/tn ggl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
15-09- 2022	1	08.10  08.15	1).mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kaulitas dan intensitas nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri pada kepala sudah berkurang. 2).menidentifikasi skala nyeri dengan hasil : pasien mengatakan nyerinya berada di skala 3 nyeri sedang.	S: pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang  O: tidak meringis.  A:masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian. P: intervensi di hentikan.
15-09- 2022	2	08.20  08.25	1. mengidentifikasi penyebab mual dan muntah dengan hasil: pasein mengatakan sudah tidak lagi merasakan mual muntah karena makan tepat jam.  2.Melayani injeksi Omeprazole sodium 40 mg 3. menganjurkan pada pasien pada saat selesai muntah untuk mengkumur mulutnya menggunakan air panas dengan hasil keluarga mengatakan setelah muntah pasien sudah mengkumur mulutnya menggunakan air panas.	S:Pasein mengatakan mual dan muntah sudah berkurang  O: Terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm.  A: m asalah keperawatan nausea teratasi sebagian.  P: intervensi di hentikan.
15-09- 2022	3	08. 30	megidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan hasil pasein mengatakan badanya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin.	S: Pasien menagtakan badanya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin  O:Pasein dapat melakukan aktivitas seperti biasa.  A:Masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi sebagian P:Intervensi dihentikan



		14.00	<p>P: Intervensi dilanjutkan.</p> <p>I: identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</p> <p>E: Pasien mengatakan badanya sudah tidak merasa lemah seperti hari kemarin, intervensi dihentikan (pasien pulang).</p>
--	--	-------	---

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Daftar Diri.

Nama : Aurelia Rusmiati Gerda.

Tempat/tanggal lahir : Ende, 15 oktober 1998.

Alamat : Jln. Sultan Hasanudin, Kabupaten Ende .

Jenis kelamin : Perempuan.

Agama : Katolik.

### B. Riwayat Pendidikan.

1. Tahun 2006-2011 : SDK Roworeke Satu.
2. Tahun 2012-2014 : SMP Negeri Satu Ndona.
3. Tahun 2014-2017 : SMK Katolik Muktyaca Ende

## MOTTO

**Orang Yang Meraih Kesuksesan Tidak Selalu Orang pintar. Orang Yang  
Selalu Meraih Kesuksesan Adalah Orang Yang Gigih Dan Pantang  
Menyerah**



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



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

**LEMBAR KONSULTASI PEMBIMBING**  
**KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : AURELIA RUSMIATI GERDA  
**NIM** : PO530320219928  
**PEMBIMBING** : SYAPUTRA ARTAMA SYARIFUDDIN, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

No	Hari/tanggal	Hasil konsul	Paraf
1.	Senin,07-02-2022	<b>PROPOSAL</b> Mahasiswa melaporkan diri : - Mencari 3 data untuk studi kasus	
2.	Rabu, 16-02-2022	- Mengajukan judul proposal - Judul proposal di setujui pembimbing - Mulai membuat dari bab I-III dan memperasa dengan tidak mengubah maknanya.	
3.	Kamis,10-03-2022	- Perbaikan pada bab I di bagian latar belakang. - Perbaiki cara pengetikan. - Perbaikan penulisan dan refrensi. - Perbaiki penulisan bahasa asing menggunakan italic/miring.	
4.	Rabu, 26-03-2022	- Perbaiki latar belakang. - Perbaiki data riskesdes. - Mencari sumber terbaru minimal (5tahun terakhir ).	

5.	Selasa,22-03-2022	- Perbaiki data riskedes - Perbaiki data penulisan daftar pustaka.	
6.	Senin,28-03-2022	- Perbaikan pada daftar pustaka.	
7.	Selasa,29-03-2022	- Acc proposal - Hubungi dosen penguji	
8.	Senin,19-09-2022	<b>KTI</b> - Perbaikan pengetikan. - Nama pasien harus di singkat.	
9.	Rabu,21-09-2022	- Perbaiki data pengkajian khusunya di keluhan utama pada pasien - Tambahkan sekala nyeri pada riwayat kesehatan pasien.	
10.	Jumat,23-09-2022	- Perubahan pada diangnosa keperawatan – samapi dengan evaluasi keperawatan.	
11.	Senin,26-09-2022	- Acc studi kasus dan hubungi dosen penguji.	
12.	Selasa,07-02-2023	- Konsul ppt - Tambahkan pengkajian perpola pada ppt	
13.	Rabu,08-0202023	- Ppt di acc dan menghubungi dosen penguji.	

Mengetahui  
Ketua program studi D III keperawatan Ende



Aris Wawaomeo, M.Kep., Ns, Sp.Kep.Kom  
Nip. 1966011419910211001



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**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



**LEMBAR KONSULTASI PENGUJI  
KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA** : AURELIA RUSMIATI GERDA  
**NIM** : PO530320219928  
**PENGUJI** : MARIA SELESTINA SEKUNDA ,SST.M.Kes.

No	Hari/tanggal	Hasil konsul	Paraf
1.	Kamis ,11-06-2022	<b>REVISI PROPOSAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki pengetikan sesuai panduan yang diberikan .</li><li>- Ukuran huruf harus 12.</li><li>- Perubahan pada tanda baca.</li></ul>	
2.	Selasa,16-06-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki pengetikan .</li><li>- Perubahan pada judul proposal</li></ul>	
3.	Kamis ,18-06-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki latar belakang.</li><li>- Perbaiki cara pengetikan.</li><li>- Perbaiki pada penulisan dan referensi.</li><li>- Perbaiki penulisan bahasa menggunakan italic/miring.</li></ul>	
4.	Kamis,1-09-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaiki pengetikan</li><li>- Penambahan pada teori tentang hipertensi minimal 3 teori.</li><li>- Menyimpulkan kembali isi teori menggunakan bahasa sendiri.</li></ul>	
5.	Sabtu,3-09-2022	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acc</li><li>- Lanjut ambil kasus.</li></ul>	

6.	selasa , 28-02-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REVISI KTI</li> <li>- Perhatikan pengetikan pada judul KTI</li> <li>- Perhatikan pengetikan pada penulisan nama.</li> <li>- Perubahan pada kata pengantar</li> <li>- Perubahan pada abstrak</li> <li>- Penulisan sumber pada Bab I pendahuluan.</li> </ul>	
7.	Kamis , 2 -03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan etiologi pada pasien dan resiko terjadinya hipertensi pada Pendahuluan.</li> <li>- Di bagian tujuan khususnya tujuan umum di tambahkan nama pasien.</li> <li>- Bab III di bagian teori tambahkan sumber dan di simpulkan.</li> </ul>	
8.	Senin, 6-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perhatikan pengetikan dan tanda baca</li> </ul>	
9.	Kamis, 9-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penculisan diagnosa keperawatan sesuai dengan buku SDKI</li> <li>- Intervensi keperawatan sesuai dengan buku SLKI</li> </ul>	
10.	Senin, 13-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada bab IV dibagian studi kasus perbaiki pada keluhan utama pasien.</li> <li>- Riwayat kesehatan masa lalu di tambahkan pengobatan.</li> <li>- Perhatikan tanda baca</li> </ul>	
11.	Kamis , 16-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan fisik di BAB IV tambahkan TTV pada pasien.</li> <li>- Pada tabulasi data tambakan keluhan nyeri yang muncul dan kapan terjadinya nyeri.</li> </ul>	
12.	Selasa ,21-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perububahan pada diagnosa keperawatan di studi kasus.</li> <li>- Intervensi keperawatan harus di deskripsikan secara keseluruhan.</li> </ul>	
13.	Jumat, 24-03-2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan tanda dan gejala pada kasus dan tidak ada pada teori di bagian</li> </ul>	

		kesenjangan. - Perbaikan pada daftar pustaka.	
14.	Rabu, 29-03-2023	- Di bagian laampiran tidak perlu di deskripsikan.	SP
15.	Selasa, 11-04-2023	- Pada bagian BAB I tambahkan nama pasien. - Perubahan pada tujuan khusus.	SP
16.	Senin, 01-05-2023	- Tambahkan tanggal pengambilan kasus pada judul KTI	SP
17.	Senin, 8-05-2023	- Perubahan pada rasional keperawatan.	SP
18.	Selasa, 9-05-2023	- Acc revisian KTI	SP

Mengetahui  
Ketua program studi D III Keperawatan Ende

Aris Wawaomeo, M.Kep., Ns, Sp.Kep.Kom  
Nip. 1966011419910211001