

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT  
DALAM (RPD) III RSUD ENDE**



**OLEH:**

**FRANSISKA MELANIA ENE**  
**NIM. PO. 5303202210049**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT  
DALAM (RPD) III RSUD ENDE**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH :**

**FRANSISKA MELANIA ENE**  
**NIM. PO. 5303202210049**

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

**2024**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan :

Nama : FRANSISKA MELANIA ENE

NIM : PO. 5303202210049

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan pada Tn. K.S dengan Diagnosa Medis  
Hipertensi Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende

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

Ende, 15 Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan

**FRANSISKA MELANIA ENE**  
**PO. 5303202210049**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
HIPERTENSI  
DI RPD III RSUD ENDE**

**OLEH :**

**FRANSISKA MELANIA ENE**  
**NIM. PO5303202210049**

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

Ende, 15 Juli 2024

Pembimbing



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

Mengetahui

Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



**Dr. Susila Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc**  
**NIP. 197401132002122001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. K.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

**OLEH:**

**FRANSISKA MELANIA ENE**  
**NIM. PO5303202210049**

karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan pada tanggal 19  
Juli 2024

Penguji Ketua

Penguji Anggota



**Anatolia K. Doondori, S.Kp.,Ns.,M.Kep.**  
**NIP. 197602171999032001**



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

Mengetahui

Pib. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



**Dr. Sisilia Leary Cahyani, S.Kep. Ns.,M.Sc**  
**NIP-197401132002122001**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. K.S dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende”. Proposal karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. dr.Ester Puspita Jelita, Selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Anatolia Karmelita Doondori, S. Kep.Ns.,M.Kep sebagai penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberi masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
6. Suster Pemimpin umum SMCJ Sr. Aoki Mitsuko, SMCJ pusat yang sudah memberikan kepercayaan dan tanggung jawab kepada penulis untuk boleh menimba ilmu pengetahuan di Program Studi DIII Keperawatan Ende. Kepada Suster Pemimpin Komunitas St. Maria Imakulata Ende (Sr. Nagatani Tsuyako, SMCJ), saudari-saudari sepersaudaraan komunitas St. Maria Imakulata Ende, yang selalu mendukung dan mendoakan penulis baik selama proses perkuliahan penulis maupun dalam kehidupan berkomunitas.
7. Kedua orang tua, kakak, adik dan seluruh keluarga serta teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa proposal karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih dan berharap semoga proposal ini dapat dilanjutkan dengan pelaksanaan Studi kasus.

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Tn. K.S Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Fransiska Melania Ene <sup>(1)</sup>

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

Salah satu masalah kesehatan utama yang dihadapi dunia, baik Negara berkembang maupun Negara maju yaitu Hipertensi karena besarnya angka kejadian yang berhubungan dengan peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler.

Tujuan studi kasus untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan.

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

Hasil studi kasus pada Tn. K.S ditemukan data: leher tegang, badan lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, aktifitas dibantu oleh keluarga, sulit tidur malam karena pusing dan ribut, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, TD: 190/110 mmHg. Masalah keperawatan yang muncul adalah resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan. Intervensi keperawatan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi ditemukan resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi teratasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload teratasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan teratasi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan teratasi dan defisit pengetahuan teratasi.

Disimpulkan bahwa kasus Tn. K.S terdapat kesenjangan antara teori dan kasus pada pengkajian yaitu epistaxis atau mimisan, penglihatan kabur, edema dan kekuatan otot tidak terdapat pada kasus. Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya minum obat hipertensi secara teratur sesuai dengan anjuran dokter, menerapkan pola hidup sehat, kurangi makanan yang berminyak yang mengandung tinggi garam dan tinggi kolesterol, berhenti merokok.

**Kepustakaan : 25 buah (2013-2023)**

**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 Mr. K.S With a Medical Diagnosis of Hypertension In The Room Internal Medicine III Ende Regional Hospital**

Fransiska Melania Ene <sup>(1)</sup>

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

One of the main health problems facing the world, both developing and developed countries, is hypertension because of the large number of incidents associated with an increased risk cardiovascular disease.

The aim to improve the author's ability to provide nursing care to clients with a medical diagnosis of hypertension through a nursing process approach.

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.

The results of the case study on Mr. K.S found data on a tense neck, weak body, unable to move right leg and right hand, activities assisted by family, difficulty sleeping at night due to dizziness and noise, pale conjunctiva, dry bibu mucosa, TD: 190/110 mmHg. Nursing problems that arise are the risk of ineffective cerebral perfusion, the risk of decreased cardiac output, disturbed sleep patterns, activity intolerance, and knowledge deficits. Nursing interventions are based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation found that the risk of ineffective cerebral perfusion related to hypertension was resolved, the risk of decreased cardiac output related to changes in afterload was resolved, sleep pattern disturbances related to environmental barriers were resolved, activity intolerance related to weakness was resolved and knowledge deficits were resolved.

It was concluded that the case of Mr. K.S there is a gap between theory and cases in the study, namely apistaxis or nosebleeds, blurred vision, edema and muscle strength are not present in case. Therefore, hypertensive patients should take hypertension medication regularly according to doctor recommendations, adopt a healthy lifestyle, reduce oily foods that are high in salt and high in cholesterol, stop smoking.

**Bibliography : 25 pieces (2013-1023)**

**Key words : nursing care, hypertension**

- 1. Ende D III Nursing Study Program**
- 2. Supervisors For The Ende D III Nursing Study Program**

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LEMBAR PENGESAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
BAB I_PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan .....	7
1. Tujuan Umum .....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
D. Manfaat studi kasus.....	8
BAB II_TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Konsep Teoritis Hipertensi .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Klasifikasi hipertensi .....	9
3. Etiologi .....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Pathway .....	14
6. Manifestasi klinis .....	15
7. Komplikasi .....	15
8. Penatalaksanaan.....	17
9. Pemeriksaan diagnosik .....	21
10. Pencegahan .....	22
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	23
1. Pengkajian .....	23
2. Diagnosa Keperawatan.....	30

3. Intervensi Keperawatan.....	31
4. Implementasi Keperawatan .....	38
5. Evaluasi Keperawatan .....	38
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>39</b>
A. Jenis/ Rancangan/Desain Studi Kasus .....	39
B. Subjek Studi kasus .....	39
C. Batasan Istilah(defenisi Operasional) .....	39
D. Lokasi Studi Kasus.....	40
E. Motode /Prosedur Studi Kasus.....	40
F. Tehnik Pengumpulan Data.....	41
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	42
H. Keabsahan Data.....	42
I. Analisis Data .....	42
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
A. HASIL STUDI KASUS .....	44
1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus .....	44
2. Pengkajian .....	45
3. Diagnosa keperawatan.....	57
4. Intervensi keperawatan.....	59
5. Impementasi keperawatan .....	63
6. Evaluasi keperawatan .....	74
B. PEMBAHASAN .....	83
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>93</b>
A. Kesimpulan .....	93
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>96</b>

## DAFTAR TABEL

tabel 4.1 1 Darah lengkap (tanggal 30 Juni 2024) .....	51
tabel 4.2 1 Pemeriksaan Faal ginjal.....	52
tabel 4.3 1 Pemeriksaan Gula Darah.....	52

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Salah satu masalah kesehatan utama yang dihadapi dunia, baik negara berkembang maupun negara maju yaitu hipertensi karena besarnya angka kejadian yang berhubungan dengan peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler. Hipertensi merupakan masalah global yang menjadi salah satu penyebab tingginya kematian diseluruh dunia (Jabani, dkk, 2021). Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah yang tidak dapat dikontrol dimana tekanan darah diastoliknyanya  $\geq 140$  mmHg dan tekanan darah sistoliknyanya  $\geq 90$  mmHg setelah dua kali dilakukan ulang pengukuran tekanan darah dalam waktu 5 menit (Puji, 2022). Data WHO tahun 2015-2020 melaporkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengidap hipertensi. Asia Tenggara berada diperingkat ke-3 dengan angka kejadian hipertensi sebesar 25%. Angka kejadian hipertensi mayoritas terdapat negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah termasuk di Indonesia (Jabani, dkk, 2021)

Berdasarkan RISKESDAS tahun 2018 di Indonesia terjadi peningkatan angka kejadian hipertensi yakni sebesar 34,1% dibandingkan hasil RISKESDAS tahun 2013 sebesar 25,8%. Hasil RISKESDAS tahun 2013 penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai 23,3%, hasil RISKESDAS 2018 meningkat menjadi 27,72%. Data RISKESDAS 2018 menjelaskan Kabupaten Ende menempati urutan ke 6

angka kejadian hipertensi tertinggi dari 22 kabupaten sebesar 36,64% dengan jumlah kasus 1.398. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang di dapat melalui laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, pada hari Senin 11 September 2023, tercatat 3 tahun terakhir kasus hipertensi mengalami perubahan yakni pada tahun 2020 sebanyak 21.785 kasus, pada tahun 2021 mengalami penurunan menjadi 18.524 kasus, pada tahun 2022 mengalami penurunan lagi yakni 12.654, sedangkan pada tahun 2023 pada rentang waktu 8 bulan terakhir ini (Januari sampai dengan Agustus) kembali mengalami peningkatan mencapai 13.455 kasus. (Dinkes Kabupaten Ende 2023). Berdasarkan data hipertensi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 21 orang, pada tahun 2022 meningkat menjadi 57 orang dan pada tahun 2023 dari bulan Januari-Agustus menjadi 32 orang.

Menurut Kemenkes RI (2016) tingginya angka hipertensi dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain genetik, obesitas, usia, dan stres lingkungan. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Artiyaningrum, dkk (2016) menemukan adanya hubungan antara usia, status pasangan, konsumsi garam, konsumsi kopi, stres, dan kepatuhan minum obat antihipertensi dengan kejadian hipertensi tidak terkontrol. Hasil penelitian Sari, dkk (2016) menemukan faktor-faktor yang mempengaruhi Hipertensi yaitu diantaranya sebagian besar kebiasaan merokok dipengaruhi oleh tetangga/ teman kerja (84%). Genetik (48%), kebiasaan merokok (65%), tidak pernah atau tidak teratur mengkonsumsi obat anti hipertensi, kebiasaan mengkonsumsi kopi (55%), mengkonsumsi makanan berlemak (90%), mengkonsumsi makanan

bersantan (55%), kurangnya kebiasaan olahraga (73,5%), mengonsumsi makanan berlemak (90%) Deteksi dini dari Fasilitas Kesehatan kurang (62%) (Sari, R. K., & Livana, P. H. 2016)

Hasil RISKESDAS 2018 menyatakan angka kejadian hipertensi di NTT tertinggi terjadi pada usia 75 keatas. 57,77%, tingkat kecenderungan lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki yakni sebesar 29,03%, dari hasil prevalensi hipertensi sebesar 35,30% pada penduduk tidak sekolah, serta tidak memiliki pekerjaan 29,2%. Diketahui bahwa sebesar 14,64% terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 28,56% tidak rutin minum obat. Data tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian hipertensi lebih tinggi pada penduduk dengan tingkat pengetahuan dan ekonomi yang rendah.

Penanganan hipertensi yang tidak maksimal akan memberikan dampak yang signifikan. Menurut Kemenkes (2016) dampak yang ditimbulkan akibat hipertensi yakni gagal jantung, gagal ginjal, stroke dan retinopati, Hipertensi merupakan faktor dominan penyebab penyakit ginjal kronik. Hasil penelitian yang dilakukan, Arifa, Dkk (2017) dari 11.405 sampel penderita hipertensi di Indonesia, sebanyak 63 sampel (0,5%) menderita penyakit ginjal kronik. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purbianto, dkk (2013) menjelaskan bahwa ada 10 dari 52 (19,2%) laki-laki dengan hipertensi mengalami komplikasi gagal jantung, dan ada 12 dari 45 (26,7%) perempuan dengan hipertensi komplikasi gagal jantung. Diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Jambani, dkk, 2021).

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

Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit tidak menular dilakukan melalui kegiatan Posbindu PTM (Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular). Posbindu PTM merupakan bentuk peran serta masyarakat dalam upaya pengendalian faktor risiko secara mandiri dan berkesinambungan. Kegiatan yang biasanya sering dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan posbindu di masyarakat ini adalah pemeriksaan fisik, mulai dari urin, darah, berat badan, tinggi badan. Jika ada keluhan maka bisa dirujuk ke Puskesmas (Kemenkes, 2018). Walaupun berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk menekan tingginya angka kejadian

hipertensi melalui program-program yang telah ditetapkan, tetapi karena kurangnya kesadaran masyarakat dan ketidakpatuhan masyarakat membuat hipertensi terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan oleh Nur (2018) pada pasien Ny.S dengan Hipertensi didapatkan pasien masuk ke rumah sakit dengan diagnosis hipertensi, didapatkan hasil pengkajian yaitu tekanan darah meningkat, sakit kepala, epistaksis, pusing, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, obesitas dan ansietas. Masalah keperawatan yang diangkat yaitu: penurunan curah jantung, intoleransi aktivitas, nyeri akut. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu perawatan jantung, manajemen energi, manajemen nyeri. Setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah keperawatan teratasi sebagian dengan data yang ditemukan sakit kepala menurun, sukar tidur menurun, rasa berat ditengkuk menurun (Nur, 2018)

Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran dalam mengubah penyakit atau memperkecil resiko dari penyakit yang diderita. Peran sebagai *educator* (pendidik), perawat membantu klien mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatannya. Dalam memberikan informasi kesehatan, terkait dengan hipertensi tujuannya adalah meningkatkan pengetahuan orang yang menderita hipertensi sehingga dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya pencegahan dan penanganan hipertensi dan untuk membentuk sikap yang positif agar dapat melakukan perawatan hipertensi secara mandiri

sehingga dapat mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi. Penelitian yang dilakukan oleh Sutrisno tahun 2013 dengan judul “Pengaruh edukasi perawat terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi”, menunjukkan bahwa pemberian edukasi yang dilakukan oleh perawat berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. Peran perawat dalam melakukan promosi kesehatan sangat mempengaruhi suasana yang kondusif dalam masyarakat yang menunjang terbentuknya perilaku hidup sehat sebagai tindakan preventif terhadap penyakit hipertensi (Supriadi, 2020)

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

## **B. Rumusan Masalah**

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

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Adapaun tujuan umum dari studi kasus ini yaitu

Untuk meningkatkan kemampuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis mampu:

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

**D. Manfaat studi kasus**

## 1. Bagi penulis

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

## 2. Bagi pasien dan keluarga

Menambah pengetahuan pasien dan keluarga tentang perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi

## 3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teoritis Hipertensi**

##### **1. Pengertian**

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

##### **2. Klasifikasi hipertensi**

###### **a. Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya**

Menurut Kardiyudiani & Ayu, (2019) dalam buku KMB1 menjelaskan berdasarkan penyebabnya hipertensi dibedakan menjadi dua golongan yaitu:

- 1) Hipertensi primer atau hipertensi esensial terjadi karena peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidakaturan mekanisme kontrol homeostatis normal. Hipertensi ini tidak disebabkan oleh kondisi atau penyakit lain, tetapi terdapat banyak faktor yang mempengaruhi seperti genetika, lingkungan, hiperaktifitas, susunan saraf simpatik, obesitas, merokok dan stress
- 2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal merupakan hipertensi yang disebabkan oleh suatu penyakit. Hampir semua hipertensi

sekunder berhubungan dengan gangguan sekresi hormon dan fungsi ginjal. Umumnya hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan penyebabnya secara tepat

b. Klasifikasi hipertensi berdasarkan tingginya tekanan darah

Menurut Fitri (2021) berdasarkan tingginya tekanan darah, hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Hipertensi borderline : tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 160/95 mmHg
- 2) Hipertensi ringan : tekanan darah antara 160/95 mmHg dan 200/110 mmHg
- 3) Hipertensi moderate : tekanan darah antara 200/110 mmHg dan 230/120 mmHg
- 4) Hipertensi berat : tekanan darah antara 230/120 mmHg dan 280/140 mmHg

c. Hipertensi berdasarkan bentuknya

Menurut Kardiyudiani & Ayu (2019) dalam buku KMB 1 menjelaskan hipertensi berdasarkan bentuknya terbagi menjadi 3 macam, yaitu:

- 1) Hipertensi diastolik : tekanan diastoliknya yang meningkat
- 2) Hipertensi campuran : sistol dan diastol meningkat
- 3) Hipertensi sistolik : tekanan sistolik meningkat

### 3. Etiologi

Menurut Anggraini & Leniwita (2020) dalam Modul KMB 1 menjelaskan pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi :

1. Genetik : respons neurologi terhadap stress atau kelainan eksresi atau transport Na
2. Obesitas : terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat
3. Stress karena lingkungan : hubungan antara anggota keluarga yang kurang harmonis, tingkat ekonomi yang rendah dapat memicu stres yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
4. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.
5. Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi disebabkan terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer. Setelah usia 20 tahun, kemampuan jantung memompa darah memompa darah menurun 1% tiap tahun sehingga menyebabkan menurunnya kontraksi dan volume. Elastisitas

pembuluh darah menghilang, karena terjadi kurangnya efektifitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi

#### **4. Patofisiologi**

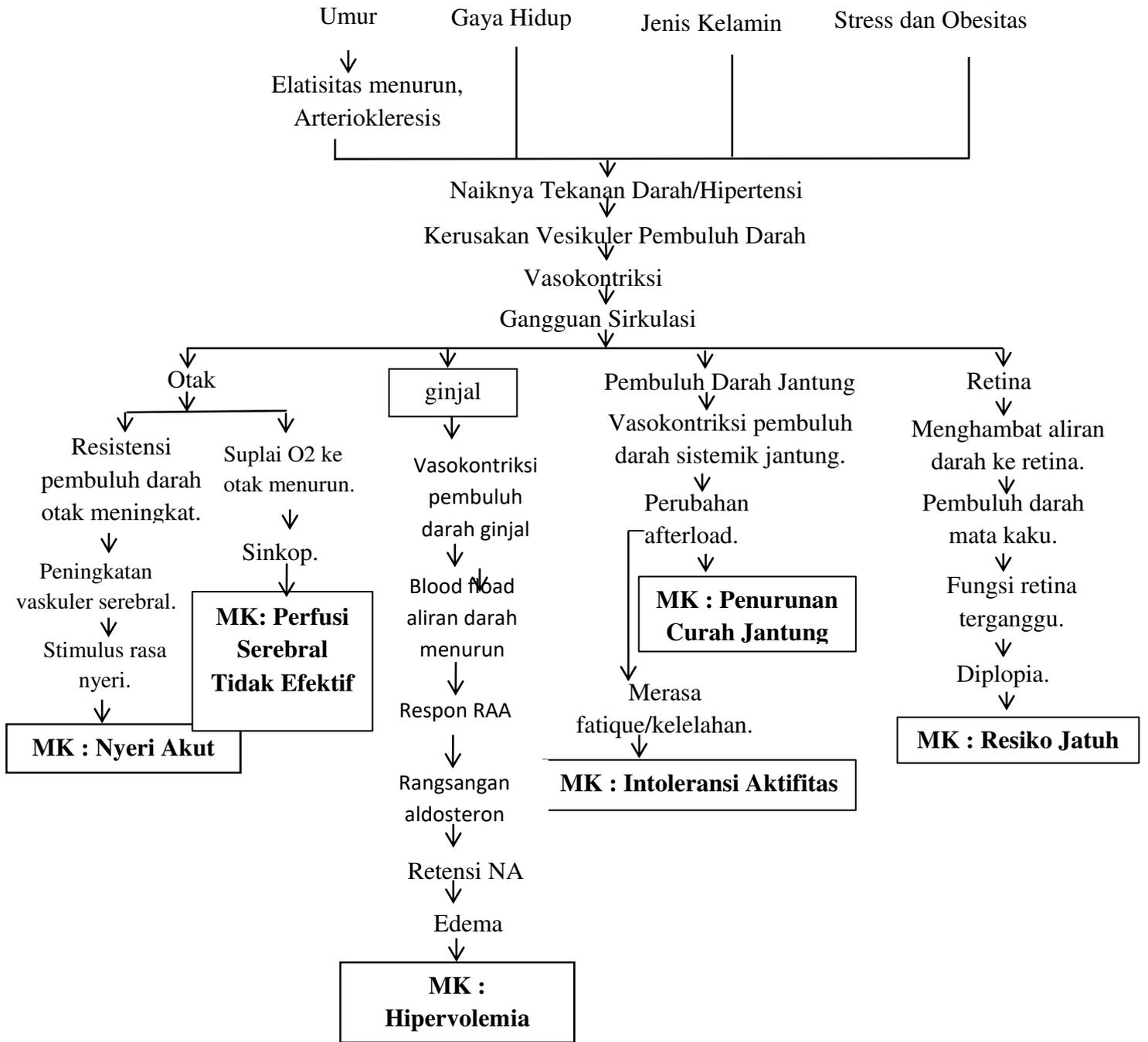
Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. 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 respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang

mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian di ubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Pertimbangan Gerontologis. Perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggungjawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat, dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup), mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer (Brunner & Suddarth, 2002)

**5. Pathway**



Sumber: reny Yuli Aspiani (2016)

## **6. Manifestasi klinis**

Menurut Kardiyudiani & Ayu (2019) Manifestasi klinis pada pasien hipertensi antara lain:

- a. Meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg
- b. Sakit kepala bagian belakang
- c. Epistaksis atau mimisan
- d. Rasa berat di tengkuk
- e. Sukar tidur
- f. Mata berkunang-kunang
- g. Lemah dan lelah
- h. Sering merasa pusing

## **7. Komplikasi**

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

- a. Stroke dapat terjadi akibat hemoragi tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi

berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

- b. Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbetuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.
- c. Gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis
- d. Ensefalopati (kerusakan otak) dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh

susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian

e. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung, maka makin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensi pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir.

## **8. Penatalaksanaan**

a. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan :
  - a) Diuretik : mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan eksresi garam dan airnya

- b) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influks kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk aliran kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium mempunyai kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR
- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin I atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II kondisi ini menurunkan darah secara langsung, dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung,. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradykinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta ( $\beta$ -blocker, terutama penyekat selektif, bekerja di reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung

- e) Antagonis reseptor alfa ( menghambat reseptor alfa di otot vascular yang secara normal berespons terhadap rangsangan simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR
- f) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya natrium, nitroprusida, noikardipin, hidralazin, nitrogliserin, dll

b. Penatalaksanaan keperawatan

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

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

1) Pengaturan diet

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

- a) Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang

dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari

- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vaskular
- c) Diet sayur dan buah dapat menurunkan tekanan darah karena dalam buah dan sayur mengandung kalium dan potasium sehingga tubuh melepaskan banyak natrium dalam urin
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung koroner

## 2) Penurunan berat badan

Pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan BB 1kg/minggu sangat dianjurkan

## 3) Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki tekanan jantung. Olahraga isotonic juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur sebanyak 30menit sebanyak 3-4 kali

dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi

- 4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat dengan cara kurangi mengonsumsi makanan-makanan instan karena makanan instan mengandung kadar garam tinggi yang akan beresiko pada kenaikan tekanan darah.
- 5) Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung

(Anggraini & Leniwita, 2020)

## 9. Pemeriksaan diagnosik

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

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

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

## **10. Pencegahan**

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

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

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

### **1. Pengkajian**

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

#### a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, Jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk ke rumah sakit, nomor register, diagnose medis.

#### b. Keluhan Utama

Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh Sakit kepala bagian belakang, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing.

#### c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang : Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh Sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing.

2) Riwayat penyakit dahulu : Ada riwayat hipertensi sebelumnya, ada riwayat anemia, penggunaan obat-obatan adiktif dan kegemukan. Adanya riwayat merokok, penggunaan alcohol, dan penggunaan alat kontrasepsi oral.

3) keluarga : Ada riwayat penyakit keluarga yang terkena hipertensi, diabetes mellitus, atau adanya stroke

d. Pengkajian perpola

- 1) Pola nutrisi dan metabolik : Pada pasien hipertensi sering ditemukan pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan dengan kandungan garam berlebih, tinggi kolesterol, lemak berlebih, gula, tinggi kalori, muntah dan mual dan perubahan berat badan saat sebelum dirawat dan saat dirawat, penggunaan obat dan diet untuk hipertensi
- 2) Pola aktifitas dan latihan : Pada pasien hipertensi sering ditemukan merasa cepat lelah, sesak napas, perubahan irama jantung saat beraktifitas, frekuensi jantung meningkat, takipnea
- 3) Pola istirahat dan tidur: Biasanya pasien hipertensi sering mengeluh susah tidur karena nyeri kepala yang hebat dan kekakuan otot
- 4) Pola neorusensori. Pada pasien hipertensi biasanya ditemukan, penurunan kekuatan genggam tangan skala kekuatan otot 3, keluhan pusing, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), epistaxis, gangguan penglihatan karena pembuluh darah di retina menebal.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum : Biasanya pasien hipertensi kesadaran Composmentis, pasien tampak meringis

	Nilai	Ket
<b>Respon mata</b>		
Spontan	4	Mata terbuka secara spontan
Rangsangan suara	3	Mata terbuka dengan perintah verbal
Rangsangan nyeri	2	Mata terbuka dengan rangsangan nyeri
Tidak ada	1	Tidak membuka mata
<b>Respon motorik</b>		
Mematuhi perintah	6	Bereaksi terhadap perintah verbal
Melokalisasi	5	Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisasi
Menarik	4	Fleksi dan menarik dari rangsangan nyeri
Fleksi abnormal	3	Membentuk posisi dekortikasi
Ekstensi abnormal	2	Membentuk posisi deserebrasi
Tidak ada	1	Tidak ada respon
<b>Respon verbal</b>		
Orientasi baik	5	Orientasi baik dan mampu berbicara
Bingung	4	Disorientasi dan bingung
Kata-kata yang tidak tepat	3	Mengulang kata-kata yang tidak tepat secara acak
Kata-kata yang tidak jelas	2	Meregang atau merintih
Tidak ada	1	Tidak ada respon

- 2) TTV: hasil tekanan darah >139/89 mmHg, napas cepat, suhu normal, nadi biasanya menjadi >100x/menit

Pemeriksaan fisik *head to toe*

- 1) Kepala : Biasanya terdapat nyeri tekan pada kepala bagian belakang
- 2) Mata: Pada pasien dengan hipertensi memiliki penglihatan yang baik, pada kasus hipertensi berat biasanya pada mata bisa terjadi retinopati, konjungtiva anemis

- 3) Hidung : Biasanya dapat dijumpai epistaksis jika sampai terjadi kelainan vaskuler akibat dari hipertensi.
- 4) Mulut: Biasanya kadang dijumpai ada pendarahan pada gusi, biasanya ditemukan mukosa bibir kering
- 5) Leher : Biasanya pasien hipertensi berat yang tidak terkontrol
- 6) akan Nampak pembesaran vena jugularis
- 7) Jantung
  - Inspeksi : Biasanya pergerakan kordis tidak terlihat
  - Palpasi : Biasanya apeks tidak teraba
  - Perkusi : Biasanya terjadi pembesaran jantung
  - Auskultasi : Biasanya ada bunyi bising, derap, dan bunyi ketiga atau ke empat
- 8) Paru
  - Inspeksi : Biasanya pasien menggunakan otot bantu pernapasan
  - Palpasi : Biasanya vermitus kiri dan kanan sama
  - Perkusi : Biasanya resonansi
  - Auskultasi : Biasanya tidak ada bunyi tambahan
- 9) Ekstermitas

Biasanya penderita hipertensi mengalami CRT < 3 detik, akral teraba dingin, tidak ada edema, pada pasien dengan hipertensi ringan kekuatan otot biasanya normal (5), sedangkan pada pasien hipertensi berat dapat mengalami penurunan kekuatan otot genggam tangan melemah dengan skala kekuatan otot 3

**tabel 2.1 Skala kekuatan otot**

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

## f. Tabulasi Data

- 1) Pasien mengeluh Sakit kepala bagian belakang, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah, pusing, muntah dan mual dan perubahan berat badan saat sebelum dirawat dan saat dirawat, penggunaan obat dan diet untuk hipertensi, merasa cepat lelah, sesak napas, gaya hidup monoton, perubahan irama jantung saat beraktifitas, frekuensi jantung meningkat, takipnea, penurunan kekuatan genggaman tangan skala kekuatan otot 3, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), epistaxis, gangguan penglihatan karena pembuluh darah diretina menebal, tekanan darah >139/89 mmHg, napas cepat, suhu normal, nadi biasanya menjadi >100x/menit, sesak napas, mual dan muntah, penglihatan kabur, pucat, edema , keringat.

g. Klasifikasi Data

- 1) Data Subjektif : Pasien mengeluh Sakit kepala bagian belakang, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah, pusing, muntah dan mual dan perubahan berat badan saat sebelum dirawat dan saat dirawat, penggunaan obat dan diet untuk hipertensi, merasa cepat lelah, sesak napas, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam) sesak napas, mual dan muntah, penglihatan kabur
- 2) Data Objektif : Perubahan irama jantung saat beraktifitas, frekuensi jantung meningkat, takipnea, epistaxis, gangguan penglihatan karena pembuluh darah di retina menebal, tekanan darah >139/89 mmHg, napas cepat, suhu normal, nadi biasanya menjadi >100x/menit, penurunan kekuatan genggaman tangan skala kekuatan otot 3, pucat, edema, keringat.

## h. Analisa Data

tabel 2.2 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p><b>Data Subjektif</b> : Palpitasi, pasien sering mengalami kelemahan, letih, dyspnea.</p> <p><b>Data Objektif</b> : Tekanan darah meningkat, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, biasanya mejadi &gt;100x/rmenit</p>	Perubahan afterload	Penurunan curah jantung
<p><b>Data Subjektif</b> : Pasien biasanya mengeluh pusing, tengkuk terasa berat dan nyeri</p> <p><b>Data Objektif</b> :</p>	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
<p><b>Data Subjektif</b> : Keluhan pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).</p> <p><b>Data Objektif</b> : Tekanan darah meningkat, takipnea, tampak meringis.</p>	Agen pencedera fisiologi	Nyeri akut
<p><b>Data Subjektif</b> : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, pasien sering mengalami kelemahan, letih.</p> <p><b>Data Objektif</b> : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, penurunan kekuatan genggam tangan skala kekuatan otot 3</p>	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
<p><b>Data Subjektif</b> : penglihatan kabur, kelelahan dan pusing.</p> <p><b>Data Objektif</b> :</p>	Gangguan Penglihatan	Resiko Jatuh
<p><b>Data subjektif</b> : sesak napas, mual muntah</p> <p><b>Data objektif</b> : edema</p>	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut SDKI (2017)

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

Data Subjektif : Palpitasi, pasien sering mengalami kelemahan, letih, dyspnea.

Data Objektif : Tekanan darah meningkat, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, biasanya menjadi  $>100x/rmenit$

- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan kepala pusing, tengkuk terasa berat dan nyeri

- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

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

Data Objektif : Tekanan darah meningkat, takipnea

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

Data Subjektif : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, pasien sering mengalami kelemahan, letih.

Data Objektif : , frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, penurunan kekuatan gengaman tangan skala kekuatan otot 3

e. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan dibuktikan dengan :

DS : penglihatan kabur, kelelahan dan pusing.

DO : -

f. Hypervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan dibuktikan dengan

Ds : sesak napas, mual muntal

Do : edema

### **3. Intervensi Keperawatan**

Prioritas masalah

Masalah keperawatan yang disusun berdasarkan prioritas masalah yaitu:

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- e. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Intervensi keperawatan berdasarkan SLKI (2018)

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

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

Kriteria Hasil : Tekanan darah menurun, palpitasi menurun, lemah letih menurun, dyspnea menurun.

Intervensi :

Perawatan jantung

### **Observasi**

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)
- b) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, distensi vena jugularis, palpitasi batuk, kulit pucat)
- c) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- d) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.

### **Terapeutik**

- 1) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.
- 2) Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak).
- 3) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat.
- 4) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu.
- 5) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%.

### **Edukasi**

- 1) Anjurkan berhenti merokok.
- 2) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.

- 3) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.
- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan hipertensi.

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

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

Intervensi

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial

### **Observasi**

- a) Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya : tekanan darah meningkat).
- b) Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*)
- c) Monitor CVP (*Central Venous Pressure*)
- d) Monitor CPP (*Cerebrar Perfusion Pressure*)

### **Terapeutik**

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi fowler.
- 3) Cegah terjadinya kejang

### **Kolaborasi**

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

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

Kriteria Hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, tekanan darah membaik.

Intervensi

Manajemen Nyeri

### **Observasi**

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri
- 4) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 5) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- 6) Monitor efek samping penggunaan analgetik

### **Terapeutik**

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

### **Edukasi**

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

- 4) Anjurkan penggunaan analgetik secara tepat

### **Kolaborasi**

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik.

Kriteria hasil : kekuatan nadi meningkat, turgor kulit membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik

Intervensi

Manajemen hipervolemia

### **Observasi**

- 1) Periksa tanda dan gejala hipervolemia ( misalnya ortopnea, dispnea, edema, suara napas tambahan
- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia
- 3) Monitor status hemodinamik ( misalnya, frekuensi jantung, tekanan darah, MAP)
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor kecepatan infus secara ketat

### **Terapeutik**

- 1) Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 2) Batasi asupan cairan dan garam
- 3) Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°

**Edukasi**

- 1) Anjurkan melapor jika haluran urin  $<0,5$  mL/Kg/Jam dalam 6 jam
- 2) Anjurkan melapor jika berat badan bertambah

**Kolaborasi**

- 1) Kolaborasi pemberian diuretik
- 2) Kolaborasi penggantiankehilangan kalium akibat diuretik

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil : Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun.

Intervensi

Manajemen Energi

**Observasi**

- 1) Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

**Edukasi**

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap

**Terapeutik**

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus.
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif.
- 3) Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan

**Kolaborasi**

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

**f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan**

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan keparahan dan cedera yang amati atau dilaporkan menurun

Kriteria Hasil : kejadian cedera menurun, luka/lecet menurun, pendarahan menurun, fraktru menurun.

Intervensi

Pencegahan Cedera

**Observasi**

- 1) Identifikasi obat yang berpotensi meyebabkan cedera
- 2) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstermitas bawah

**Terapeutik**

- 1) Sediakan pencahayaan yang memadai
- 2) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap
- 3) Sediakan alas kaki antislip
- 4) Sediakan urinal atau urinal untuk eliminasi di dekat tempat tidur
- 5) Pastikan barang – barang mudah dijangkau

**Edukasi**

- 1) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
- 2) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri

**4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah dibuat.

**5. Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan Penurunan curah jantung, Resiko Perfusi serebral tidak efektif, Nyeri akut, intoleransi aktivitas teratasi

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

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

Studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada Tn.K.S dengan diagnosa Hipertensi di RPD III RSUD Ende.

#### **B. Subjek Studi kasus**

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang yaitu Tn. K.S dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III (RPD III).

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

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

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

#### **D. Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 3 Juli-5 Juli 2024 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

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

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus. Setelah studi kasus disetujui oleh pembimbing, maka akan dilanjutkan dengan pengurusan surat permohonan ijin yang ditanda tangani oleh Kepala Program Studi DIII keperawatan Ende untuk diserahkan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, dan kepada Kepala Ruangan Penyakit Dalam. Setelah mendapatkan ijin dari Direktur, kemudian penulis meminta ijin kepada kepala ruangan Penyakit Dalam dengan meyerahkan surat ijin dari Kepala Program Studi DIII Keperawatan Ende. Setelah mendapatkan ijin dari Kepala Ruangan, penulis menentukan pasien yang akan ambil. Setelah menentukan responden lalu memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, bila responden setuju, penulis meminta tanda tangan *informed conset*, setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan data: yang diawali dengan pengkajian, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data, menentukan masalah keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Studi kasus dilaksanakan selama tiga hari

## **F. Tehnik Pengumpulan Data**

### 1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien dan penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, penanganan apa saja yang dilakukan pasien sebelum dirawat di rumah sakit serta pola-pola kesehatan, dan selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien. Selain itu, wawancara juga dilakukan pada perawat di ruangan untuk mengkonfirmasi hasil-hasil pemeriksaan yang tercantum pada status pasien yang kurang dipahami penulis.

### 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis dalam mendukung penulisan studi kasus, 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.

## 2. Studi Dokumentasi

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

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

Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format Pengkajian Keperawatan Medikal Beda.

### **H. Keabsahan Data**

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

#### 1. Data Primer

Merupakan data yang diperoleh langsung dari pasien baik melalui wawancara maupun pemeriksaan fisik

#### 2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga), meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun rumah sakit dan studi dokumentasi

### **I. Analisis Data**

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisa untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Dari masalah-masalah

keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada pasien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif dalam pembahasan, kemudian dibandingkan dengan teori untuk menentukan ada tidaknya kesenjangan antara kasus nyata dan teori.

## **BAB IV**

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

#### **A. HASIL STUDI KASUS**

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

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruang penyakit dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 19, yang terdiri dari ruangan A berjumlah 7 bed, ruangan B berjumlah 7 bed dan ruangan C berjumlah 5 bed dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Unit Penunjang medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, Ruang rawat kandungan dan kebidanan, Ruang perawatan anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat Intensif Care (ICU), Ruang rawat paviliun dan Ruang perawatan Khusus.

Unit penunjang medis yang terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem manajemen rumah sakit

## **2. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 3-5 Juli 2024, jam 08.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

### **a. Pengumpulan Data**

#### **1) Biodata**

Pasien berinisial Tn. K.S yang berumur 51 tahun. Pasien berjenis kelamin Laki-laki, beragama Khatolik, beralamat di Boanawa, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sebagai seorang sopir. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. B.N berumur 51 tahun, sebagai istri dari pasien, tinggal di Boanawa dan pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga.

#### **2) Keluhan utama**

Pasien mengatakan tegang pada tengkuk dan badan terasa lemah.

#### **3) Riwayat keluhan utama**

Pasien mengatakan leher tegang sejak 2 hari yang lalu, badan terasa lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan kadang-kadang nyeri kepala pada malam hari dan susah untuk tidur. Pasien

mengatakan pada tanggal 30 Juni dari jam 08.00-18.00 pasien pergi bekerja seperti biasa sebagai seorang sopir truk yang memuat alat-alat berat. Pada jam 22.00 pasien menerima telpon dan tiba-tiba pasien merasa badan lemah disertai dengan tangan kanan dan kaki kanan kaku dan tidak bisa digerakan. Keluarga berusaha menolong dengan menggosok jahe merah dan balsem di seluruh tubuh pasien. Karena tidak ada perubahan keluarga merasa khawatir sehingga berinisiatif membawa pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende pada hari Minggu jam 00.00 dini hari. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter pasien didiagnosa hipertensi, hemiprase (D) SNH. Setelah mendapat perawatan di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke RPD III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

#### 4) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat Hipertensi karena pernah mengukur tekanan darah 3 tahun yang lalu oleh seorang keluarganya yang memiliki alat tensi dan hasil tekanan darahnya 200/100 mmHg. Pasien belum pernah dirawat sebelumnya dan tidak ada terapi obat yang pernah diberikan kepadanya. Pasien juga tidak memiliki alergi makanan, obat, udara dan debu. Pasien mempunyai kebiasaan merokok, minum kopi, minum alkohol serta makan-makanan yang berminyak.

#### 5) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan bahwa keluarga tidak ada yang menderita penyakit turunan seperti hipertensi, DM, stroke dan penyakit jantung.

#### 6) Pengkajian Perpola

##### a) Pola persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sudah mengetahui dirinya memiliki riwayat hipertensi. Tetapi pasien beranggapan bahwa hipertensi bukan penyakit yang harus dikhawatirkan. Pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi yang bisa ditimbulkan akibat hipertensi, sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini menderita penyakit hipertensi, setelah diberitahu oleh dokter. Jika ada keluarga yang sakit akan dibawa ke pelayanan kesehatan agar mengetahui penyakitnya dan tidak menjadi seperti dirinya. Pasien juga ingin cepat sembuh dan mau mengetahui tentang makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.

b) Pola nutrisi dan metabolik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, dengan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Menuanya: nasi, ubi, pisang, sayur (suka ditumis dengan banyak minyak dan juga sayur santan dengan rasa garam yang tinggi), lauk (ikan, daging). Pasien minum 5-6 gelas air putih/hari  $\pm$  (1000-1500cc), minum kopi 2 gelas/hari  $\pm$  (500cc), dan ketika ada acara pasien sering minum moka 5-6 gelas  $\pm$  (100-200cc)

Keadaan saat ini: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan, menu makan nasi, sayur, lauk dengan diet rendah garam dan juga buah-buahan. Pasien minum air putih 5-6 gelas/hari  $\pm$  (1000-1500cc).

c) Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai sopir truk yang digunakan untuk muat alat-alat berat. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri tanpa ada keluhan lelah, lemah pusing atau sesak napas

Keadaan saat ini: pasien mengatakan badan masih lemah dan cepat lelah ketika melakukan aktifitas, tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan. Aktifitas makan dan minum, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers)

d) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam dari pukul 22.00 sampai jam 06.00 pasien tidur dengan nyenyak sedangkan siang pasien tidak tidur siang karena pasien kerja, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut. Malam pasien tidur dari jam 21.00-05.00, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang hanya kurang lebih 1 jam.

e) Pola neurosensorik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba, atau sakit kepala tiba-tiba setelah bangun tidur.

Keadaan sekarang: pasien mengatakan rasa tegang tengkuk, kadang-kadang rasa nyeri kepala. P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 menit.

## 7) Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum: lemah, tingkat kesadaran composmentis, dengan nilai GCS 15. Tanda – tanda vital: TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, Suhu = 36, 5°c, RR= 20x/mnt. Pada kepala tidak ada luka, rambut tampak bersih dan hitam, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, hidung tidak ada sekret, tidak ada epistaxis, mukosa bibir kering, bentuk telinga simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada pembesaran vena jugularis. Pada pemeriksaan dada, inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, frekuensi pernapasan 20 x/menit, palpasi: bunyi vermitus kiri dan kanan sama, auskultasi: bunyi vesikuler. Pemeriksaan jantung, palpasi: apeks tidak teraba, auskultasi: bunyi S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, frekuensi nadi 90x/mnt. Ekstermitas atas: CRT < 3 detik, tangan kanan kaku tidak bisa digerakkan kekuatan otot tangan kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku) kekuatan otot tangan kanan 5(Mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh), tangan kiri terpasang infus NaCl 0, 9% 20 tpm. Ekstermitas bawah: tidak terdapat edema, tidak ada varises, kaki kanan tidak bisa digerakkan, kekuatan otot kaki kanan 0 (Tidak ada kekuatan otot), kekuatan otot kaki kiri 5 (Mampu

menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh.

8) Pemeriksaan Penunjang

a) Darah lengkap (tanggal 30 Juni 2024)

tabel 4.1 1 Darah lengkap (tanggal 30 Juni 2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	8,94	$10^3u/L$	3.80-10.60
LYMPH#	1.87	$10^3u/L$	1.00 – 3.70
MONO#	0.64	$10^3u/L$	0.00 – 0.70
EO#	0.32	$10^3u/L$	0.00 – 0.40
BASO#	0.02	$10^3u/L$	0.00 – 0.10
NEUT#	6.09	$10^3u/L$	1.50 – 7.00
LYMPH%	20.9	%	25.0 – 40.0
MONO%	7.2	%	2.0 – 8.0
EO%	3.6	%	2.0 – 4.0
BASO%	0.2	%	0.0 – 1.0
NEUT%	68.1	%	50.0 – 70.0
IG#	0.01	$10^3u/L$	0.00 – 7.00
IG%	0.1	%	0.0 – 72.0
RBC	5.77	$10^3u/L$	4.40 – 5.90
HGB	14.5	g/dL	13,2 – 17.3
HCT	42.4	%	40.0 – 52.0
MCV	73.5	fL	80.0 – 100.0
MCH	25.1	pg	26.0 – 34.0
MCHC	34.2	g/dL	32.0 – 36.0
RDW-SW	32.5	fL	37.0 -54.0
RDW-CV	12.1	%	11.5 – 14.5
PLT	203	$10^3u/L$	150 – 450
MPV	8.9	fL	9.0 – 13.0
PCT	0.18	%	0.17 – 0.35
PDW	9.0	fL	9.0 – 17. 0
P-LCR	16.0	%	13.0 – 43.0

## b) Pemeriksaan Faal ginjal

tabel 4.2 1 Pemeriksaan Faal ginjal

Jenis pemeriksaan	tanggal	hasil	Nilai rujukan
Ureum	1 Juli 2024	15.5	10 – 50 mg/dL
Creatinin	1 Juli 2024	0.8	0.6 – 1.2 mg/dL

## c) Pemeriksaan Gula Darah

tabel 4.3 1 Pemeriksaan Gula Darah

Jenis pemeriksaan	tanggal	hasil	Nilai rujukan
Glukosa sewaktu	1 Juli 2024	96	70 –140 mg/dL
Glukosa puasa	4 Juli 2024	93	<100 mg/dL
Glikosa 2 jam PP	4 Juli 2024	117	<140 mg/dL

## 9) Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi captropil 3x 25 mg/oral, amlodipine 1x 10 mg/oral, citicolin 2x 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 2x 500 mg/iv, injeksi omeprazole 2x 40 mg/iv, injeksi paracetamol 3x 1 gram/iv, simvastatin 10 mg/oral.

## b. Tabulasi Data

Pasien mengatakan leher tegang badan lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, memiliki riwayat Hipertensi, Pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa

garam yang tinggi, lemah dan cepat merasa lelah ketika beraktifitas. Aktifitas makan dan minun, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers), sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, pasien tidur dari jam 21.00-05.00, tetapi sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidur siang hanya kurang lebih 1 jam, rasa tegang tengkuk, kadang-kadang rasa nyeri kepala. P: pasien mengatakan ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri kurang lebih 3-5 menit. Tingkat kesadaran composmentis, dengan nilai GCS 15. Tanda – tanda vital: TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, Suhu = 36,5°c, RR= 20x/mnt, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering. Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5

c. Klasifikasi data

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

Data subjektif : Pasien mengatakan leher tegang badan lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, memiliki riwayat hipertensi, tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan –

makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi. Lemah dan cepat merasa lelah ketika beraktifitas, aktifitas makan dan minum, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers), sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, pasien tidur dari jam 21.00-05.00, tetapi sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak. Tidur siang hanya kurang lebih 1 jam, kadang-kadang rasa nyeri kepala. P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 menit.

Data objektif : keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis dengan GCS 15, kaki kanan dan tangan kanan pasien tampak tidak bisa digerakkan, konjungtiva berwarna pucat, mukosa bibir kering, Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5. Tanda-tanda vital TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, nadi teraba kuat, Suhu = 36, 5°c, RR= 20x/mnt

d. Analisa Data

Setelah semua data diklasifikasikan, maka dapat dianalisa sebagai berikut:

- 1) Ds: pasien mengeluh leher terasa tegang, nyeri kepala, P: pasien mengatakan karena hipertensi, Q: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 menit

Do: TD: 190/110 mmHg, Nadi 90x/mnt, tampak lemah

Etiologi: hipertensi

Problem: resiko perfusi serebral tidak efektif

- 2) Ds: pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, aktifitas makan dan minun, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers).

Do: pasien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktifitas, semua aktifitas pasien dibantu oleh keluarga, Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5

Etiologi: Kelemahan

Problem: intoleransi aktifitas

3) Ds: pasien mengatakan memiliki riwayat Hipertensi, tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi.

Do: pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, pasien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit yang dialami.

Etiologi: kurang terpapar informasi

Problem: ketidakpatuhan pasien

4) Ds : pasien mengeluh lemah dan cepat lelah saat melakukan aktifitas

Do: TD: 190/110 mmHg, Nadi: 90x/mnt, nadi terasa kuat

Etiologi: perubahan afterload

Problem: resiko penurunan curah jantung

5) Ds: pasien mengatakan sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, pasien tidur dari jam 21.00-05.00, tetapi sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak. tidur siang hanya kurang lebih 1 jam

Do: mukosa bibir kering, tampak lemah, konjungtiva pucat

Etiologi: hambatan lingkungan

Problem: gangguan pola tidur

### 3. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan

Ds: pasien mengeluh leher terasa tegang, nyeri kepala, P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 menit

Do: TD: 190/110 mmHg, Nadi 90x/mnt, tampak lemah

- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

Ds: pasien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, Aktifitas makan dan minum, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers).

Do: pasien tampak lemah dan lelah saat melakukan aktifitas, semua aktifitas pasien dibantu oleh keluarga, Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi ditandai dengan

Ds: pasien mengatakan memiliki riwayat Hipertensi, tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi

Do: pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, pasien tampak selalu bertanya-tanya tentang penyakit yang dialami.

- d. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload ditandai dengan

Ds: pasien mengeluh lemah dan cepat lelah saat melakukan aktifitas

Do: TD: 190/110 mmHg, Nadi: 90x/mnt, nadi teraba kuat

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan

Ds: pasien mengatakan sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, pasien tidur dari jam 21.00-05.00, tetapi sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak. Tidur siang hanya kurang lebih 1 jam

Do: mukosa bibir kering, tampak lemah, konjungtiva berwarna pucat

#### 4. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dan disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah yaitu prioritas utama yang mengancam nyawa atau kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan dan prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

Prioritas masalah:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
- b. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi

Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

Rencana keperawatan

- 1) Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

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

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

Intervensi

### **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**

- a) Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya: tingkat kesadaran, keluhan nyeri kepala, vital sign).
- b) Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*)
- c) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- d) Berikan posisi semi fowler.

Penatalaksanaan obat – obatan

- e) Pemberian captopril 3 x 25 mg/oral, pemberian amlodipine 1 x 10 mg/oral, simvastatin 10 mg/oral
  - f) Pemberian injeksi citicolin 2 x500 mg/iv, injeksi mecobalamin 2 x 500 mg/iv, injeksi paracetamol 3 x 1 gr/iv
- 2) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko penurunan curah jantung tidak terjadi

Kriteria hasil: Tekanan darah menurun, lemah letih menurun.

## Intervensi

### Perawatan jantung

- a) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema)
  - b) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
  - c) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.
  - d) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman.
  - e) Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak).
  - f) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu.
  - g) Anjurkan berhenti merokok.
  - h) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi.
  - i) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- 3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi

Kriteria hasil: keluhan sulit tidur berkurang, keluhan sering terjaga berkurang, keluhan istirahat tidak cukup berkurang

### Intervensi

#### Dukungan tidur

- a) Identifikasi pola dan aktifitas tidur
  - b) Identifikasi faktor pengganggu tidur
  - c) Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan)
  - d) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
  - e) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
- 4) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria hasil: Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun.

### Intervensi

#### Manajemen Energi

- 3) Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
  - 4) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif.
  - 5) Anjurkan tirah baring
  - 6) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien terhadap diet hipertensi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, pertanyaan tentang suatu masalah yang dihadapi menurun

Intervensi

Edukasi Diet

- a) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- b) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- c) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- d) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

## 5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari Rabu, 3 Juli 2024 adalah sebagai berikut:

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 7:40 mengukur tanda-tanda vital dan memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial. Hasil: TD: 190/110 mmHg, nadi: 90x/mnt, teraba kuat, RR: 20x/mnt, suhu: 36,5°C, kesadaran composmentis. Pasien mengeluh leher terasa tegang, nyeri kepala, P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5. Jam 08.20 memberikan injeksi Citicolin 500 mg/iv, injeksi Mecobalamin 500 mg/iv. Jam 8.40 memonitor MAP Hasil:  $2x(110) + 190:3 = 136$  mmHg, Jam 09.00 meminimalkan stimulus dengan

menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang berkunjung. Jam 10.40 memberikan posisi semi fowler Hasil: pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan. Jam 12 .00 injeksi paracetamol 1 gram/IV, memberikan obat Captopril 25 mg/oral.

### **Diagnosa keperawatan 2**

Jam 08.50 mengidentifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung H: RR 20x/mnt, pasien tidak sesak napas, tidak ada edema. Jam 08.40 memonitor tekanan darah H: TD: 190/110mmHg. Jam 10.30 mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sesudah aktifitas Hasil: sebelum melakukan aktifitas TD: 190/110 mmHg, Nadi 90x/mnt. Setelah melakukan aktifitas TD: 190/120 mmHg, nadi 95x/mnt, 10.40 memposisikan pasien semi- fowler yaitu pasien berbaring dengan posisi setengah duduk (30-45) derajat dengan kaki posisi kaki lebih rendah dari pada posisi kepala. hasilnya: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan. Jam 11.00 menganjurkan terapi relaksasi untuk mengurangi stres dengan menyarankan pasien untuk menonton atau bercerita dengan keluarga. Jam 11.20 mengajurkan pasien untuk berhenti merokok, Jam 11. 30 menganjurkan pasien untuk bedress dengan posisi semi fowler. Jam 13.00 menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap dengan menganjurkan pasien untuk miring kiri dan miring kanan.

### **Diagnosa keperawatan 3**

Jam 10.00 mengidentifikasi pola dan jam tidur H: pasien mengatakan pasien tidur malam tidur jam dari jam 21.00 -jam 05.00, pasien tidur tidak

nyenyak, sering terbangun karena sakit kepala dan ribut. Jam 10.10 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil: pasien mengatakan sulit tidur karena sakit kepala dan ribut. Jam 11.15 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat pasien hendak tidur. Menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi pasien selama sakit, jam 11.40 mengajarkan relaksasi otot autogenik. Caranya pilih satu kata/kalimat yang membuat tenang, tutup mata secara perlahan-lahan, lemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala sampai kaki secara perlahan, tarik napas perlahan melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut, pada saat menghembuskan napas melalui mulut ucapkan dalam hati “kata/kalimat” yang telah dipilih, lakukan berulang  $\pm$  10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang upayakan untuk fokuskan kembali pada kata atau kalimat yang sudah dipilih, bila dirasakan sudah rileks/nyaman tetap baring dengan tenang dan tetap menutup mata beberapa saat, terakhir buka mata perlahan-lahan sambil merasakan kondisi rileks. Selain itu bisa juga dilakukan massase ringan atau pijat-pijat ringan

#### **Diagnosa keperawatan 4**

Jam 10.50 Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan  
H: pasien mengatakan badan masih lemah terasa cepat lelah setelah beraktivitas. Jam 11. 30 menganjurkan pasien untuk tirah baring, jam 11.40 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap yaitu miring kiri dan miring kanan.

**Diagnosa keperawatan 5**

Jam 09.10 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini H: pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi dan juga tidak terlalu memahami tentang penyakit hipertensi. Jam 09.15 menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang apa saja penyebab dari hipertensi (seperti merokok, makanan- makanan yang tinggi garam, makanan berminyak, daging, dan alkohol). Jam 09.20 mengidentifikasi pola makan saat ini dan masa lalu H: pasien mengatakan sebelum sakit sering makan- makanan yang berminyak, santan, makan yang tinggi garam, serta suka minum kopi, dan juga alkohol, saat sakit pasien makan- makanan yang rendah garam yang disediakan di rumah sakit. Jam 9.40 menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan serta faktor-faktor yang menyebabkan hipertensi. Jam 09.50 memberikan edukasi mengenai diet hipertensi seperti ketika masak diusahakan untuk menggunakan garam cukup sedikit jangan sampai terlalu asin, kalau terlalau sering makan ikan asin nanti bisa diperkurangkan misalnya atau 2 minggu sekali jangan sering, kurangi minyak ketika tumis sayur, jangan terlalu makan makanan yang bersantan dan gorengan-gorengan, kurangi atau berhenti meroko, jangan minum alkohol perbanyak minum air putih.

**Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari Kamis, 4 Juli 2024 adalah sebagai berikut**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Jam 07.00 mengukur tanda-tanda vital H: TD: 180/90 mmHg, nadi: 62x/mnt, suhu: 36,7°C, SPO<sub>2</sub>: 98%. RR: 20x/mnt. Jam 08.00 memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: TD 180/90 mmHg, kesadaran composmentis, RR: 20x/mnt, nadi 62x/mnt. Jam 08.10 mengkaji nyeri pasien H: pasien mengatakan masih merasa sakit/nyeri kepala, skala 2, sakit kepala berdenyut, sakit pada malam hari, sakit kurang lebih 3-5 menit dan masih merasa tegang pada tengkuk. Jam 08.20 memberikan injeksi citicolin 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 500 mg/iv, Jam 08.40 memonitor MAP H :  $2(90) + 180 : 3 = 120$  mmHg, Jam 09.00 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang berkunjung. 10.40 mengatur posisi semi fowler, Jam 12.00 memberikan injeksi paracetamol 1 gr/iv, melayani Captopril 25 mg/oral

### **Diagnosa keperawatan 2**

Jam 07.20 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispneu, kelelahan, edema) Hasil: pasien mengatakan tidak merasa sesak, masih merasa cepat lelah saat beraktivitas, tidak ada edema. Jam 08.50 memonitor tekanan darah Hasil: 180/90 mmHg. Jam 10.00 memonitor tekanan darah dan nadi sesudah beraktivitas Hasil: setelah beraktifitas TD: 180/110x/mnt, nadi 70x/mnt. Jam 10.30 mengatur posisi pasien semi

fowler, Jam 10.40 menganjurkan terapi relaksasi untuk mengurangi stress dengan menganjurkan pasien untuk menonton. Jam 11.20 menganjurkan pasien untuk berhenti merokok, Jam 11.30 menganjurkan pasien untuk bedrest dengan posisi semi fowler. Jam 13.00 menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap dengan menganjurkan pasien untuk miring kiri dan miring kanan.

### **Diagnosa keperawatan 3**

Jam 07.40 mengidentifikasi pola dan jam tidur H: pasien mengatakan masih sulit tidur, pasien tidur dari jam 24.00 – jam 04.00, sering terbangun, tidak bisa tidur dengan nyenyak. Jam 08.15 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur H: pasien mengatakan ribut dan kepala sakit. Jam 11.15 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat pasien hendak tidur. Menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi pasien selama sakit, jam 11.40 mengajarkan relaksasi otot autogenik. Caranya pilih satu kata/kalimat yang membuat tenang, tutup mata secara berlahan-lahan, lemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala sampai kaki secara berlahan, tarik napas berlahan melalui hidung dan hembuskan berlahan melalui mulut, pada saat menghembuskan napas melalui mulut ucapkan dalam hati “kata/kalimat” yang telah dipilih, lakukan berulang  $\pm$  10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang upayakan untuk fokuskan kembali pada kata atau kalimat yang sudah dipilih, bila dirasakan sudah rileks/nyaman tetap baring dengan tenang dan tetap

menutup mata beberapa saat, terakhir buka mata perlahan-lahan sambil merasakan kondisi rileks. Selain itu bisa juga dilakukan massase atau pijat-pijat.

#### **Diagnosa keperawatan 4**

Jam 10.50 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan: pasien mengatakan masih merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas. Jam 11.30 menganjurkan pasien tirah baring. Jam 13.00 menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap yaitu miring kiri dan miring kanan. Jam 13.10 menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan aktifitas sehari-hari

#### **Diagnosa keperawatan 5**

Jam 09.10 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini Hasil: pasien mengatakan masih ingat dengan penjelasan yang diberikan tentang hipertensi. Pasien mampu menjelaskan kembali tentang diet dengan hipertensi. Jam 09.20 memberikan edukasi kepada pasien mengenai dampak jika tidak mengikuti diet yang diberikan (jika bapak tidak mengikuti diet hipertensi seperti yang dijelaskan tadi tekanan darah akan terus meningkat dan bisa menyebabkan komplikasi atau akan muncul penyakit lain akibat dari tekanan darah meningkat). Jam 09.40 mengingatkan kembali pasien tentang pola hidup sehat sertan anjurkan pasien untuk patuh atau taat pada diet yang diberikan

**Implementasi hari ke 3 dilakukan pada tanggal 5 Juli 2024.****Diagnosa keperawatan 1.**

Jam 07.00 mengkaji keadaan pasien dan mengukur tanda-tanda vital hasil : pasien mengatakan nyeri/sakit kepala sudah hilang, tengkuk masih terasa tegang. TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36,7°c. Jam 8.20 memberikan injeksi citicolin 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 500 mg/iv Jam 08.40 memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: TD: 160/100 mmHg, Nadi: 67x/mnt, nadi teraba kuat, Suhu: 36, 5°c, RR: 19x/mnt, pernapasan teratur, Jam 10.40 memonitor MAP Hasil: MAP: 120 mmHg, Jam 12.00 memberikan injeksi paracetamol 1 gr/iv, melayani captopril 25 mg/oral. Jam 12.30 memberikan edukasi kepada pasien untuk minum obat secara teratur di rumah. Menyarankan pasien untuk segera ke fasilitas kesehatan ketika sakit. **E:** evaluasi jam 13.00 pasien mengatakan sudah tidak pusing, dan leher sudah tidak tegang lagi. Keadaan umum baik, tampak segar dah sehat, TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, nadi teraba kuat, SpO<sub>2</sub>: 99%, RR: 20x/mnt, pernapasan teratur, Suhu : 37°c

**Diagnosa keperawatan 2**

Jam 07.10 mengkaji keadaan pasien dan mengukur tekanan darah hasil : pasien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah aktifitas, tidak sesak napas. keadaan umum baik, tidak ada edema, tidak sesak, TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36, 7°c. Jam 07.20 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispneu,

kelelahan, edema) Hasil: pasien mengatakan tidak merasa sesak, tidak merasas lelah lagi saat beraktifitas, tidak ada edema. Jam 10.00 memonitor tekanan darah Hasil: 160/110x/mnt. Jam 10.30 memonitor tekanan darah dan nadi saat sebelum dan sesudah beraktifitas Hasil: setelah beraktifitas TD: 160/120 mmHg, nadi 70x/mnt. Jam 11.00 menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi. Jam 11.10 menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap dengan bangun dan duduk secara perlahan, serta melatih ROM pasien.

E: evaluasi dilakukan pada jam 12.00 pasien mengatakan sudah tidak merasa lemah dan cepat lelah saat beraktivitas, keadaan umum pasien baik, pasien tampak duduk dan tampak sehat. TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 99%, RR: 20x/mnt, Suhu: 37°c.

### **Diagnosa keperawatan 3**

Jam 07.00 mengkaji pola tidur pasien . hasilnya: pasien mengatakan semalam dirinya sudah bisa tidur dengan nyenyak sampai pagi, tidak ada gangguan tidur pasien puas dengan tidurnya . pasien nampak bersemangat dan segar konjungtiva merah mudah, mukosa bibir lembab, Jam 11.00 meminta keluarga untuk menjaga ketenangan selama pasien tidur ketika sudah di rumah nanti. Jam 11.15 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat pasien hendak tidur saat dirumah nanti menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi pasien selama sakit, jam 11.40 mengajarkan kembali relaksasi otot autogenik. Caranya

pilih satu kata/kalimat yang membuat tenang, tutup mata secara perlahan-lahan, lemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala sampai kaki secara perlahan, tarik napas perlahan melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut, pada saat menghembuskan napas melalui mulut ucapkan dalam hati “kata/kalimat” yang telah dipilih, lakukan berulang  $\pm$  10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang usahakan untuk fokuskan kembali pada kata atau kalimat yang sudah dipilih, bila dirasakan sudah rileks/nyaman tetap baring dengan tenang dan tetap menutup mata beberapa saat, terakhir buka mata perlahan-lahan sambil merasakan kondisi rileks. Selain itu bisa juga dilakukan massase ringan atau pijat-pijat ringan

E: evaluasi jam 13.10 keluarga mengatakan akan menjaga ketenangan ketika pasien pulang ke rumah nanti, keadaan umum baik, pasien tampak segar.

#### **Diagnosa keperawatan 4**

Jam 07.40 mengkaji keadaan pasien hasil pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat melakukan aktifitas, keadaan umum pasien baik, pasien tampak duduk dan sedang bercerita dengan keluarganya, pasien tampak tidak lelah lagi saat melakukan aktifitas

Jam 08.00 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan: pasien mengatakan sudah merasa sehat dan tidak merasa lelah setelah beraktifitas. Jam 09.50 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas dengan bangun duduk secara perlahan. Jam 11.20 menganjurkan pasien

melakukan aktivitas secara bertahap dan melatih ROM dan fisioterapi untuk pasien. E: evaluasi dilakukan pada Jam 13.00

pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat melakukan aktifitas, keadaan umum pasien baik, pasien tampak duduk dan sedang bercerita dengan keluarganya, pasien tampak tidak lelah saat melakukan aktifitas

#### **Diagnosa keperawatn ke 5.**

Jam 07.50 Mengkaji pengetahuan pasien tentang hipertensi hasil: pasien mengatakan masih ingat dengan penjelasan yang diberikan tentang hipertensi. pasien mampu menjelaskan kembali tentang diet orang dengan hipertensi. Jam 9.10 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini. Hasilnya pasien mengatakan masih ingat tentang diet penyakit hipertensi serta penyebab hipertensi. Jam 09.20 menjelaskan kembali tujuan kepatuhan diet pada pasien. Jam 09.30 memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang. Jam 09. 40 Mengajukan pasien dan keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat di rumah, serta menganjurkan keluarga untuk membawa pasien ke fasilitas kesehatan jika pasien sakit.

**E:** evaluasi dilakukan pada jam 13.10. Pasien mengatakan ingin berhenti merokok, minum kopi dan tidak mau makan-makanan berminyak, santan dan juga tinggi garam. Pasien tampak mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan.

## **6. Evaluasi keperawatan**

**Hari Rabu, 3 Juli 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditentukan hasil sebagai berikut**

### **Diagnosa keperawatan 1**

evaluasi dilakukan jam 13.00

**S:** pasien mengeluh leher masih terasa tegang, sakit/nyeri kepala.

**O:** pasien mengatakan karena hipertensi, **Q:** pasien mengatakan nyeri berdenyut. **R:** pasien mengatakan nyerinya hanya satu tempat. **S:** skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). **T:** pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri kurang lebih 3-5.

**O:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 180/100 mmHg, nadi: 66x/mnt, suhu: 36,8 mmHg, RR: 20x/mnt, SPO<sub>2</sub>: 98%.

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

**P:** lanjutkan intervensi a, b, c, dan d.

### **Diagnosa keperawatan 2.**

Evaluasi dilakukan jam 12.00

**S:** pasien mengatakan merasa lelah setelah melakukan aktifitas, merasa lemah, tidak sesak napas

**O:** pasien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema TD: 180/100 mmHg, Nadi: 66x/mnt, RR: 20x/mnt

**A:** Masalah resiko penurunan Curah jantung belum teratasi.

**P:** lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, f, g, h, dan i.

**Diagnosa keperawatan 3.**

Evaluasi jam 12. 20

**S:** pasien mengatakan sulit tidur karena ribut dan nyeri/sakit kepala, tidur tidak puas.

**O:** mukosa bibir kering, konjungtiva berwarna pudar, tampak mengantuk dan sering menguap TD: 180/100 mmHg, Nadi: 66x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36, 8°c.

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

**P:** intervensi dilanjutkan a, b, c, d, dan e.

**Diagnosa keperawatan 4.**

Evaluasi jam 13.40

**S:** pasien mengatakan masih badan lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas.

**O:** pasien tampak lemah, tampak cepat lelah setelah melakukan aktifitas, tampak tidur dengan posisi miring kekanan dengan kepala lebih tinggi, aktifitas tampak dibantu oleh keluarga.

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

**P:** intervensi dilanjutkan a, b, c, d, dan e.

**Diagnosa keperawatan 5.**

Evaluasi jam 13.50

**S:** pasien mengatakan sudah memahami tentang penyakit hipertensi, penyebab, dan diet hipertensi.

**O:** pasien mampu menjelaskan tentang diet hipertensi, pasien kadang melawan ketika dianjurkan untuk bedrest, sering mempersalahkan tenaga medis dan obat yang diberikan.

**A:** masalah defisit pengetahuan belum teratasi.

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

**Evaluasi hari ke dua Kamis, 4 Juli 2024 ditemukan hasil sebagai berikut: Diagnosa keperawatan 1.**

Evaluasi jam 13.00

**S:** pasien mengatakan masih merasakan nyeri/ sakit kepala dengan skala nyeri 2, nyeri berdenyut, nyeri kurang lebih 3-5 menit. Rasa tegang pada tengkuk.

**O:** keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, TD: 180/90 mmHg, nadi: 68x/mnt, suhu: 36, 5°c, RR: 20x/mnt, SPO<sub>2</sub>: 98%.

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

**P:** lanjutkan intervensi a, b, c, dan d.

**Diagnosa keperawatan 2.**

Evaluasi jam 12.00

**S:** pasien mengatakan merasa lelah setelah melakukan aktifitas, merasa lemah, tidak sesak napas.

**O:** pasien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema TD: 180/90 mmHg, Nadi: 68x/mnt, RR: 20x/mnt.

**A:** Masalah resiko penurunan Curah jantung belum teratasi.

**P:** lanjutkan intervensi a, b, c, d, e, g, i, dan j.

**Diagnosa keperawatan 3.**

evaluasi jam 12.20

**S:** pasien mengatakan sulit tidur karena ribut dan nyeri/sakit kepala, tidur tidak puas.

**O:** mukosa bibir kering, konjungtiva berwarna pudar, tampak mengantuk dan sering menguap TD: 180/90 mmHg, Nadi: 68x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36, 8°c.

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

**P:** intervensi dilanjutkan a, b, c, d, dan e.

**Diagnosa keperawatan 4.**

Evaluasi jam 13.40

**S:** pasien mengatakan masih badan lemah, cepat lelah saat melakukan aktivitas.

**O:** pasien tampak lemah, tampak cepat lelah setelah melakukan aktifitas, tampak tidur dengan posisi miring kekanan dengan kepala lebih tinggi, aktifitas tampak dibantu oleh keluarga.

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

**P:** intervensi dilanjutkan a, b, c, d, dan e.

**Diagnosa keperawatan 5.**

Evaluasi jam 13.50

**S:** pasien mengatakan sudah memahami tentang penyakit hipertensi, penyebab, dan diet hipertensi, pasien mengatakan ingin segera pulang.

**O:** pasien kadang melawan ketika dianjurkan untuk bedrest, sering mempersalahkan tenaga medis dan obat yang diberikan, tampak tidak ingin mendengarkan ketika diberi nasihat atau edukasi.

**A:** masalah defisit pengetahuan belum teratasi.

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

**Evaluasi hari ke 3 Jumat, 5 Juli 2024 ditemukan hasil sebagai berikut:**

**E:** evaluasi pada jam 07.00

**S:** pasien mengatakan nyeri/sakit kepala sudah hilang, tengkuk masih terasa tegang.

**O:** TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36,7°c.

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

**P:** intervensi dilanjutkan

**I:** Jam 8.20 memberikan injeksi citicolin 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 500 mg/iv Jam 08.40 memonitor tanda/gejala peningkatan tekanan intrakranial Hasil: TD: 160/100 mmHg, Nadi: 67x/mnt, nadi teraba kuat, Suhu: 36, 5°c, RR: 19x/mnt, pernapasan teratur, Jam 10.40 memonitor MAP Hasil: MAP: 120 mmHg, Jam 12.00 memberikan injeksi paracetamol 1 gr/iv, melayani captopril 25 mg/oral. Jam 12.30 memberikan edukasi kepada pasien untuk minum obat secara teratur di rumah. Menyarankan pasien untuk segera ke fasilitas kesehatan ketika sakit.

E: evaluasi jam 13.00 pasien mengatakan sudah tidak pusing, dan leher sudah tidak tegang lagi. Keadaan umum baik, tampak segar dan sehat, TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, nadi teraba kuat, SpO<sub>2</sub>: 99%, RR: 20x/mnt, pernapasan teratur, Suhu : 37°c

### **Diagnosa keperawatan 2**

Evaluasi dilakukan pada jam 07.10

S: pasien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah aktifitas, tidak sesak napas

O: keadaan umum baik, tidak ada edema, tidak sesak, TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 98%, Suhu: 36,7°c.

A: masalah resiko penurunan curah jantung sebagian teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

Jam 07.00 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (dispneu, kelelahan, edema) Hasil: pasien mengatakan tidak merasa sesak, tidak merasas lelah lagi saat beraktifitas, tidak ada edema. Jam 10.00 memonitor tekanan darah Hasil: 160/110x/mnt. Jam 10.30 memonitor tekanan darah dan nadi saat sebelum dan sesudah beraktifitas Hasil: setelah beraktifitas TD: 160/120 mmHg, nadi 70x/mnt. Jam 11.00 menganjurkan beraktivitas sesuai toleransi. Jam 11.10 menganjurkan beraktifitas fisik secara bertahap dengan bangun dan duduk secara perlahan, serta melatih ROM pasien.

E: evaluasi dilakukan pada jam 12.00 pasien mengatakan sudah tidak merasa lemah dan cepat lelah saat beraktivitas, keadaan umum pasien

baik, pasien tampak duduk dan tampak sehat. TD: 150/100 mmHg, Nadi: 65x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 99%, RR: 20x/mnt, Suhu: 37°c. masalah resiko penurunan curah jantung teratasi, pasien diperbolehkan pulang oleh dokter

### **Diagnosa keperawatan 3**

Evaluasi jam 07.15

**S:** pasien mengatakan semalam dirinya sudah bisa tidur dengan nyenyak sampai pagi, tidak ada gangguan tidur pasien puas dengan tidurnya

**O:** pasien nampak bersemangat dan segar konjungtiva merah mudah, mukosa bibir lembab,

**A:** masalah keperawatan gangguan pola tidur teratasi,

**P:** intervensi keperawatan dihentikan pasien dinyatakan pulang oleh dokter.

**I:** , Jam 11.00 meminta keluarga untuk menjaga ketenangan selama pasien tidur ketika sudah di rumah nanti. Jam 11.15 mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat pasien hendak tidur saat dirumah nanti menjelaskan pentingnya tidur cukup bagi pasien selama sakit, jam 11.40 mengajarkan kembali relaksasi otot autogenik. Caranya pilih satu kata/kalimat yang membuat tenang, tutup mata secara perlahan- lahan, lemaskan seluruh anggota tubuh dari kepala sampai kaki secara perlahan, tarik napas perlahan melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut, pada saat menghembuskan napas melalui mulut

ucapkan dalam hati “kata/kalimat” yang telah dipilih, lakukan berulang  $\pm$  10 menit, bila tiba-tiba pikiran melayang uapayakan untuk fokuskan kembali pada kata atau kalimat yang sudah dipilih, bila dirasakan sudah rileks/nyaman tetap baring dengan tenang dan tetap menutup mata beberapa saat, terakhir buka mata perlahan-lahan sambil merasakan kondisi rileks. Selain itu bisa juga dilakukan massase ringan atau pijat-pijat ringan

Evaluasi jam 13. 10. keluarga mengatakan akan menjaga ketenangan ketika pasien pulang ke rumah nanti, keadaan umum baik, pasien tampak segar, masalah gangguan pola tidur teratasi, intervensi dihentikan, pasien diperbolehkan pulang oleh dokter

#### **Diagnosa keperawatan 4**

Evaluasi dilakukan pada Jam 07.40

**S:** pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat melakukan aktifitas

**O:** keadaan umum pasien baik, pasien tampak duduk dan sedang bercerita dengan keluarganya, pasien tampak tidak lelah lagi saat melakukan aktifitas

**A:** masalah intoleransi aktivitas teratasi

**P:** intervensi diprtahankan

Jam 08.00 mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan: pasien mengatakan sudah merasa sehat dan tidak merasa lelah setelah beraktifitas. Jam 09.50 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas

dengan bangun duduk secara perlahan. Jam 11.20 menganjurkan pasien melakukan aktivitas secara bertahap dan melatih ROM dan fisioterapi untuk pasien. E: evaluasi dilakukan pada Jam 13.10

pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat melakukan aktifitas, keadaan umum pasien baik, pasien tampak duduk dan sedang bercerita dengan keluarganya, pasien tampak tidak lelah saat melakukan aktifitas, masalah intoleransi aktivitas teratasi, intervensi dihentikan pasien diperbolehkan pulang oleh dokter

#### **Diagnosa keperawatan 5**

Evaluasi dilakukan pada jam 07.50

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

**O:** pasien mampu menjelaskan kembali tentang diet orang dengan hipertensi, pasien tampak tidak mengikuti anjuran yang diberikan dengan turun dari tempat tidur.

**A:** masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

**P:** intervensi dipertahankan.

Jam 9.10 mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini. Hasilnya pasien mengatakan masih ingat tentang diet penyakit hipertensi. Jam 09.20 menjelaskan kembali tujuan kepatuhan diet pada pasien. Jam 09.30 memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang. Jam 09. 40 Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menerapkan pola

hidup sehat di rumah, serta menganjurkan keluarga untuk membawa pasien ke fasilitas kesehatan jika pasien sakit.

**E:** evaluasi dilakukan pada jam 13.10. pasien mengatakan ingin berhenti merokok, minum kopi dan tidak mau makan-makanan berminyak, santan dan juga tinggi garam. pasien tampak mengerti dengan penjelasan yang diberikan dan mampu menjawab pertanyaan yang diberikan. masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi intervensi dihentikan pasien diperbolehkan pulang oleh dokter

## **B. PEMBAHASAN**

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

### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. K.S didapatkan pasien mengatakan leher tegang, rasa nyeri kepala. P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyerinya hanya satu tempat. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri kurang lebih 3-5 menit, badan lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan, memiliki

riwayat Hipertensi, Pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan – makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi, lemah dan cepat merasa lelah ketika beraktifitas, Aktifitas makan dan minun, mandi, berpakaian dibantu, berpindah dibantu oleh keluarga dan toileting menggunakan (pampers), sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, pasien tidur dari jam 21.00-05.00, tetapi sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak, tidur siang hanya kurang lebih 1 jam, tingkat kesadaran composmentis, dengan nilai GCS 15. Tanda – tanda vital: TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, Suhu = 36,5°c, RR= 20x/mnt, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering. Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5.

Menurut Kardiyudiani & Ayu (2019 Manifestasi klinis pada pasien hipertensi antara lain: Meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg, sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah dan lelah, sering merasa pusing.

Pengkajian menurut Agusti dwi dkk ( 2022) Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh Sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing genggam tangan skala kekuatan otot 3 , sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan

setelah beberapa jam), gangguan penglihatan karena pembuluh darah di retina menebal, tekanan darah >139/89 mmHg, napas cepat, suhu normal, nadi biasanya menjadi >100x/menit, sesak napas, penglihatan kabur, pucat, oliguria, keringat.

- a. Gejala epistaksis atau mimisan tidak terjadi pada Tn. K.S hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori, karena dalam kasus Tn. K.S belum terjadi kelainan vesikuler akibat hipertensi. Menurut (Ferdinata & Ernawati, 2020) mengatakan tekanan darah yang terlalu tinggi mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadilah pecah sehingga menyebabkan pendarahan hal ini tidak terjadi pada Tn. K.S karena peningkatan tekanan darah cepat diturunkan dengan pemberian obat captopri 3x 25 mg dan amlodpine 1x10 mg, yang mana kegunaan kedua obat tersebut untuk menurunkan tekanan darah sehingga tekanan yang terjadi pada arteri masih dapat di kontrol dan tidak menimbulkan perdarahan. Pasien diharapkan untuk tetap minum obat seraca teratur sesuai anjuran dokter.
- b. Penglihatan kabur dan mata berkunang-kunang tidak terjadi pada Tn. K.S hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi dan dkk mengatakan pada hipertensi berat akan terjadi retinopati dimana tekanan darah yang tinggi menyebabkan kerusakan pembuluh darah retina karena penyumbatan darah pada arteri dan vena retina. Pada Tn K.S tidak terjadi komplikasi retinopati karena mendapatkan perawatan dan penanganan

yang cepat dengan pemberian captopri 3x 25 mg dan amlodpine 1x10 mg. Menerapkan pola hidup sehat pada pasien serta menganjurkan diet hipertensi untuk menjaga agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah pasien. Pasien diharapkan untuk minum obat secara teratur, rajin cek kesehatan ke dokter.

- c. Edema tidak terjadi pada Tn.K.S hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut (Kardiyudiani & Ayu 2019) tekanan darah tinggi pada glomerulus ginjal dapat mengakibatkan komplikasi yaitu gagal ginjal. Dimana dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema yang sering di jumpai pada hipertensi kronis hal ini tidak terjadi pada Tn. K.S karena Tn. K.S tidak/belum mengalami komplikasi yaitu gagal ginjal dan Tn. K.S menderita hipertensi Urgensi dimana hipertensi ini tidak disertai kerusakan organ-organ lain. Sehingga untuk mencegah terjadi komplikasi akibat hipertensi diharapkan untuk menjaga pola hidup sehat seperti kurangi makanan yang mengandung tinggi garam, tinggi kolestrol, serta berhenti merokok, kopi serta alkohol. Juga minum obat hipertensi secara teratur sesuai resep dokter.
- d. Kekuatan otot pada teori kekuatan otot 3 sedangkan yang terjadi pada kasus Tn K.S kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 sedangkan tangan kiri dan kaki kiri 5 hal ini menunjukkan ada kesenjangan

antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi, dkk (2022) dalam pengkajian mengatakan pada pasien dengan hipertensi ringan kekuatan otot biasanya normal yaitu 5, sedangkan pada pada pasien hipertensi berat kekuatan otot genggam tangan melemah dengan skala kekuatan otot 3 hal ini tidak terjadi pada kasus Tn K.S karena kekuatan otot yang dimiliki pada Tn. K.S yaitu 5 pada tangan kiri dan kaki kiri sedangkan pada tangan kanan dan kaki kanan 0 karena sudah mengalami komplikasi Stroke.

## 2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Reny Yuli Aspiani (2016) masalah keperawatan yang muncul pada hipertensi yaitu : resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, nyeri akut, resiko jatuh, intoleransi aktifitas dan hipervolemia. Pada kasus Tn. K. S diagnosa keperawatan yang muncul adalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien.

- a. Masalah keperawatan resiko jatuh dengan tanda gejala penglihatan kabur yang disebabkan karena komplikasi retinopati. Menurut Kardiyurdiani & Ayu (2019) mengatakan kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang

buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Pada kasus Tn. K.S tidak mengalami resiko jatuh karena penglihatan masih normal dan tidak kabur dan penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena yang buruk belum terjadi serta tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mengangkat diagnosa resiko jatuh.

- b. Gangguan pola tidur diangkat menjadi salah satu diagnosa keperawatan pada kasus Tn. K.S Menurut Menurut Wibowo & Laili (2019) dampak dari gangguan pola tidur adalah kelelahan, sulit berkonsentrasi, sering menguap, mengantuk di siang hari saat beraktifitas serta bisa mengakibatkan peningkatan tekanan darah . Pada kasus Tn. K.S ditemukan tanda dan gejala yang sama sesuai dengan Wibowo & Laili (2019) ini di dukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oematan G, (2021) durasi waktu tidur yang kurang dari 8 jam/hari meyebabkan kadar leptin dalam darah menurun sehingga berpengaruh dalam sistem saraf simpatis yang mengakibatkan tekanan darah meningkat dengan demikian diagnosa gangguan pola tidur harus ditegakan dan segera diatasi untuk menurunkan tekanan darah tinggi.
- c. Hipervolemia mengacu pada peningkatan volume cairan akibat komplikasi. Menurut karduyudiani & Ayu ( 2019) mengatakan kompliaksi gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya

glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema. Pada kasus Tn. K.S tidak ditemukan tanda dan gejala edema untuk mendukung penegakkan diagnosa hipervolemia.

- d. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi setelah cedera akut dan penyakit. Menurut Kowalak (2012) nyeri kepala disebabkan kerak pada pembuluh darah atau arteriosklerosis menyebabkan spame pada pembuluh darah arteri, sumbatan dan penurunan O<sub>2</sub> yang akan berujung pada nyeri kepala. Dalam pengkajian menurut Agustanti Dwi dkk (2022) pada pasien hipertensi biasanya ditemukan tanda dan gejala mengeluh sakit kepala bagian belakang dan pusing atau nyeri kepala. Pada kasus Tn K.S ditemukan adanya keluhan nyeri kepala dan juga leher terasa tegang yang dapat mendukung penegakan diagnosa nyeri akut. Tetapi disini tidak diangkat diagnosa nyeri akut karena penanganannya ada di diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif. Jika masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi otomatis nyeri akut juga dapat teratasi.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi yang ada di teori tidak semua ditetapkan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan keperawatan yang di lakukan

yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk mengatasi masalah tersebut.

- a. Pada intervensi resiko perfusi cerebral tidak efektif intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor CPV (*Central venous pressure*), monitor CPP (*Cerebral perfusion pressure*), cegah terjadinya kejang
  - b. Resiko penurunan curah jantung intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung, fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen.
  - c. Intoleransi aktifitas intervensi yang dilakukan adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan aktifitas rentang gerak pasif dan aktif, berikan distraksi yang menenangkan.
4. Pelaksanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas dan defisit pengetahuan, maka tindakan yang dilakukan yaitu diagnosa

- a. **resiko perfusi cerebral tidak efektif.** Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya: tingkat kesadaran, keluhan nyeri kepala, vital sign). Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*), Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler. Penatalaksanaan obat –

obatan. Pemberian captopril 3 x 25 mg/oral, pemberian amlodipine 1 x 10 mg/oral, simvastatin 10 mg/oral. Pemberian injeksi citicolin 2 x 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 2 x 500 mg/iv, injeksi paracetamol 3 x 1 gr/iv

- b. **Resiko penurunan curah jantung.** Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema). Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu), Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. Anjurkan berhenti merokok. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- c. **Gangguan pola tidur.** Identifikasi pola dan aktifitas tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur. Modifikasi lingkungan (pencahayaan, kebisingan) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
- d. **Intoleransi aktifitas.** Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Anjurkan tirah baring. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
- e. **Defisit pengetahuan.** Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu. Jelaskan

tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah Resiko perfusi selebra tidak efektif berhubungan dengan penurunan hipertensi dapat teratasi. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dapat teratasi. Masalah gangguan pola tidur berhubungan hambatan lingkungan dapat teratasi. Masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi. Pada evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus karena semua masalah keperawatan yang ditemukan dapat teratasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

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

1. Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn. K.S didapatkan pasien mengatakan leher tegang, rasa nyeri kepala. Badan lemah, kaki kanan dan tangan kanan tidak bisa digerakan. Pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi, lemah dan cepat merasa lelah ketika beraktifitas, sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut, tingkat kesadaran composmentis, dengan nilai GCS 15. Tanda – tanda vital : TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, Suhu = 36,5°c, RR= 20x/mnt, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering. Kekuatan otot tangan kanan dan kaki kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku), kekuatan otot tangan kiri dan kaki kiri 5.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. K.S adalah Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dan nyeri, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien.

3. Intervensi keperawatan ditentukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan mulai dari observasi, tindakan mandiri, pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan tim medis.
4. Implementasi yang dilakukan pada Tn. K.S dengan diagnosa medis Hipertensi berdasarkan 5 diagnosa yang telah di temukan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah –masalah yang di temukan. diagnosa **resiko perfusi cerebral tidak efektif**. Manajemen peningkatan tekanan intracranial. **Resiko penurunan curah jantung**. Perawatan jantung. **Gangguan pola tidur**. Dukungan tidur. **Intoleransi aktifitas**. Manajemen energi **Defisit pengetahuan**. Edukasi diet
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja kerja ventrikel kiri dapat teratasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload dapat teratasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dan nyeri teratasi, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi defisit pengetahuan berhubungan dengan ketidakpatuhan pasien dapat teratasi. Pada evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien Tn.K.S dan dianalisis ditemukan kesenjangan antar teori dan kasus nyata. pada pengkajian ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus yaitu epistaxis atau mimisan, penglihatan kabur, edema, kekutan otot. Pada diagnosa ditemukan kesenjangan yaitu hipervolemia, nyeri akut, gangguan pola

tidur, defisit pengetahuan. Pada implementasi tidak semua intervensi dilakukan tetapi sesuai dengan kondisi yang ditemukan Pada Tn.K.S

## **B. Saran**

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

1. Bagi perawat

Diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan perpustakaan dapat menyediakan buku-buku keperawatan referensi minimal 5 tahun terakhir

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan minum obat hipertensi secara teratur sesuai anjuran dokter, mampu menerapkan pola hidup sehat, mengurangi konsumsi makanan yang tinggi garam, tinggi kolestrol dan berminyak serta berhenti merokok demi mencegah terjadinya komplikasi hipertensi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustanti Dwi, Dkk. (2022) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dan PTM*. Jawa:Mahakarya Citra Utama Grup
- Anggraini, Y., & Leniwita, H. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah 1*. Jakarta: BMP. UKI.
- Arifa, dkk. (2017). *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Penyakit GinjalKronik Pasien Hemodialisa Di Indonesia*. JURNAL MKML, Vol 13 No.4.Hal 319-328.
- Aziz, A. F., dkk. (2022). *faktor-faktor penyebab hipertensi A literature review*. 5-16.
- Bedah, t. m. (2020). *berdamai dengan hipertensi*. jakatara: bumi medika.
- Brunner, & Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*. Jakarta: EGC.
- Dinkes Kabupaten Ende. (2023). *Data hipertensi 2020-2023*
- Fandinata, S. septi, & Ernawati, I. (2020). Management terapi pada penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi): mengenal, mencegah dan mengatasi penyakit degeneratif (diabetes mellitus dan hipertensi). Granit
- Fitri, F. (2021). *Hipertensi si Pembunuh Senyap*. Medan: Cv. Pusdira Mitra Jaya.
- Jambani, A. S., dkk. (2021). *Prevelensi dan Faktor Resiko Hipertensi derajat 2 di Wilayah Kerja Puskesmas poasia kota Kendari* . *NURSING UPDATE*, 31-42.
- Kardiyudiani, N. K., & Ayu, D. B. (2019). *Keperawatan medikal Bedah 1*. Yogyakarta: Pustaka baru.
- Kemenkes, (2016). *fakator-faktor penyebab hipertensi*
- Kemenkes. (2018). *Manajemen Program Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi*
- Nur, H. (2018). Studi Kasus Pada Keluarga Ny.S dengan Hipertensi . *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Hasunada*.
- Oematan, G, O. &. (2021 a). Durasi Tidur Dan Aktivitas Sedentaria Sebagai Faktor Resiko Hipertensi Obesitik Pada Remaja Sleep Duration And Sedentary Activity As A Risk Factor For Obesity Hypertension In Adolescents. *Ilmu Gizi*.

- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Defenisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Defenisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Purbianto, dkk. 2013. *Faktor Resiko Yang Mempercepat Terjadinya Komplikasi Gagal Jantung Pada Klien Hipertensi*. Vol ix No 2 <http://ejurnal.poltekkes tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/342>.
- Puji, H. A. (2022). *Hipertensi*. Jawa tengah: Lakeisha.
- RI, K. (2018). *manajemen program pencegahan dan pengendalian hipertensi dan perhitungan pencapaian SPM hipertensi*.
- sakinah , dkk. (2020). *hubungan antara karateristik demografi dan pengetahuan dengan self management hipertensi pada masyarakat suku timor . jurnal kesehantan suara forikes , 245-252*.
- supriadi. (2020, 5 17). *peran perawat dalam penanganan hipertensi. stikes hamzar, pp. 140-143*.
- Sutrisno. (2013). *Pengaruh Edukasi Perawat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Purwodadi Kabupaten Grobogan*. Tesis. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah.
- Yuli Aspiani Reni, 2016. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler : Aplikasi NIC&NOC*, Jakarta: CV. Trans Info Media.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Tlpn: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. K.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI  
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

**I. PENGKAJIAN**

**A. PENGUMPULAN DATA**

**1. Identitas**

**a. Identitas Pasien**

Nama : Tn. K.S  
Umur : 51/1973  
Agama : Khatolik  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : Menikah  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Sopir  
Suku Bangsa : Suku Ende  
Alama : Boanawa  
Tanggal Masuk : 2-Juli 2024  
Tanggal Pengkajian: 3-Juli 2024  
No. Register :  
Diagnosa Medis : Hipertensis

**b. Identitas penanggung jawab**

Nama : Ny. B.N  
Umur : 51 tahun  
Hub. Dengan Pasien : Istri  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : Boanawa

## 2. Status Kesehatan

### a. Status Kesehatan saat ini

#### 1) Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tegang, lemah

#### 2) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan leher tenggang sejak 2 hari yang lalu badan lemah , kaki tangan bagian kanan tidak bias bergerak, kadang-kadang pasien merasa pusing

#### 3) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit saat ini

Pasien mengatakan pada tanggal 30 Juni dari jam 08.00-18.00 pasien pergi bekerja seperti biasa sebagai seorang sopir truk yang memuat alat-alat berat. Pada jam 22.00 pasien menerima telpon dan tiba-tiba pasien merasa badan lemah disertai dengan tangan kanan dan kaki kanan kaku dan tidak bisa digerakan. Keluarga berusaha menolong dengan menggosok jahe merah dan balsem di seluruh tubuh pasien. Karena tidak ada perubahan keluarga merasa khawatir sehingga berinisiatif membawa pasien ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende pada hari Minggu jam 00.00 dini hari. Setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter pasien didiagnosa hipertensi, hemiprase (D) SNH. Setelah mendapat perawatan di IGD, pasien akhirnya dipindahkan ke RPD III untuk melakukan perawatan lebih lanjut.

#### 4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan mengatasinya dengan menggosok jahe dan balsem sebelum diantar ke Rumah Sakit

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak pernah sakit parah palingan pilek, batuk dan memiliki riwayat Hipertensis, karena pernah ditensi tekanan darah 200/100 mmHg.

2) Pernah dirawat

Tidak pernah dirawat sebelumnya

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, obat, dan udara

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol/dll)

Pasien mengatakan biasa merokok, minum moke saat ada acara dan minum kopi setiap pagi.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat stroke, penyakit jantung dan PM

d. Diagnosa Medis dan Therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan tidak ada diagnosa atau terapi yang pernah didapat

3. Pola Kebutuhab Dasar (Data Bio-Psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sudah mengetahui dirinya memiliki riwayat hipertensi. Tetapi pasien beranggapan bahwa hipertensi bukan penyakit yang harus dikhawatirkan. Pasien tidak mengetahui penyebab terjadi hipertensi serta komplikasi yang bisa ditimbulkan akibat hipertensi, sehingga pasien selalu merokok, minum kopi, makan

makanan yang berminyak (santan dan tumis) serta suka makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan saat ini menderita penyakit hipertensi, setelah diberitahu oleh dokter. Jika ada keluarga yang sakit akan dibawa ke pelayanan kesehatan agar mengetahui penyakitnya dan tidak menjadi seperti dirinya. Pasien juga ingin cepat sembuh dan mau mengetahui tentang makanan yang tidak boleh dikonsumsi oleh penderita hipertensi.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, dengan porsi yang dihabiskan 1-2 piring penuh. Menunya: nasi, ubi, pisang, sayur (suka ditumis dengan banyak minyak dan juga sayur santan dengan rasa garam yang tinggi), lauk (ikan, daging). Pasien minum 5-6 gelas air putih/hari  $\pm$  (1000-1500cc), minum kopi 2 gelas/hari  $\pm$  (500cc), dan ketika ada acara pasien sering minum moka 5-6 gelas  $\pm$  (100-200cc)

Keadaan saat ini: pasien mengatakan makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan, menu makan nasi, sayur, lauk dengan diet rendah garam dan juga buah-buahan. Pasien minum air putih 5-6 gelas/hari  $\pm$  (1000-1500cc)

Saat Sakit

Pasien mengatakan makan nasi, sayur lauk dengan porsi dihabiskan

c. Pola Aktivitas dan latihan

Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1		3	4
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Ket

0 : Mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4:tergantung total: Pasien mengatakatakan selama sakit, aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.

Latihan

Sebelum Sakit

Sebelum Solat pasien mengatakan bekerja sebagai sopir dan aktivitas diluar seperti biasa

Saat Sakit

Pasien mengatakan saat sakit aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat

d. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam dari pukul 22.00 sampai jam 06.00 pasien tidur dengan nyenyak sedangkan siang pasien tidak tidur siang karena pasien kerja, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan sulit tidur malam karena pusing dan juga ribut. Malam pasien tidur dari jam 21.00-05.00, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur dengan nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang hanya kurang lebih 1 jam.

e. Pola neurosensorik

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba, atau sakit kepala tiba-tiba setelah bangun tidur.

Keadaan sekarang: pasien mengatakan rasa tegang tengkuk, kadang-kadang rasa nyeri kepala. P: pasien mengatakan nyeri ketika banyak bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri berdenyut. R: pasien mengatakan nyeri pada kepala dan tidak menyebar. S: skala nyeri yang dirasakan 3 setelah diberi gambaran skala nyeri (1-10). T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 menit.

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum: lemah, tingkat kesadaran composmentis, dengan nilai GCS 15. Tanda – tanda vital: TD = 190/110 mmHg, Nadi = 90x/mnt, Suhu = 36, 5°C, RR= 20x/mnt. Pada kepala tidak ada luka, rambut tampak bersih dan hitam, konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, hidung tidak ada sekret, tidak ada epistaxis, mukosa bibir kering, bentuk telinga simetris, tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada pembesaran vena jugularis. Pada pemeriksaan dada, inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada, frekuensi pernapasan 20 x/menit, palpasi: bunyi vermitus kiri dan kanan sama, auskultasi: bunyi vesikuler. Pemeriksaan jantung, palpasi: apeks tidak teraba, auskultasi: bunyi S1 dan S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, frekuensi nadi 90x/mnt. Ekstermitas atas: CRT < 3 detik, tangan kanan kaku tidak bisa digerakkan kekuatan otot tangan kanan 0 (tidak bisa digerakkan/kaku) kekuatan otot tangan kanan 5 (Mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh), tangan kiri terpasang infus NaCl 0, 9% 20 tpm. Ekstermitas bawah: tidak terdapat edema, tidak ada varises, kaki kanan tidak bisa digerakkan, kekuatan otot kaki kanan 0 (Tidak ada kekuatan otot), kekuatan otot kaki kiri 5 (Mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

5. Pemeriksaan Penunjang

b) Darah lengkap (tanggal 30 Juni 2024)

tabel 4.1 2 Darah lengkap (tanggal 30 Juni 2024)

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
WBC	8,94	10 <sup>3</sup> u/L	3.80-10.60
LYMPH#	1.87	10 <sup>3</sup> u/L	1.00 – 3.70
MONO#	0.64	10 <sup>3</sup> u/L	0.00 – 0.70
EO#	0.32	10 <sup>3</sup> u/L	0.00 – 0.40
BASO#	0.02	10 <sup>3</sup> u/L	0.00 – 0.10
NEUT#	6.09	10 <sup>3</sup> u/L	1.50 – 7.00
LYMPH%	20.9	%	25.0 – 40.0
MONO%	7.2	%	2.0 – 8.0
EO%	3.6	%	2.0 – 4.0
BASO%	0.2	%	0.0 – 1.0
NEUT%	68.1	%	50.0 – 70.0
IG#	0.01	10 <sup>3</sup> u/L	0.00 – 7.00
IG%	0.1	%	0.0 – 72.0
RBC	5.77	10 <sup>3</sup> u/L	4.40 – 5.90
HGB	14.5	g/dL	13,2 – 17.3
HCT	42.4	%	40.0 – 52.0
MCV	73.5	fL	80.0 – 100.0
MCH	25.1	pg	26.0 – 34.0
MCHC	34.2	g/dL	32.0 – 36.0
RDW-SW	32.5	fL	37.0 -54.0
RDW-CV	12.1	%	11.5 – 14.5
PLT	203	10 <sup>3</sup> u/L	150 – 450
MPV	8.9	fL	9.0 – 13.0
PCT	0.18	%	0.17 – 0.35
PDW	9.0	fL	9.0 – 17.0
P-LCR	16.0	%	13.0 – 43.0

c) Pemeriksaan Faal ginjal

tabel 4.2 2 Pemeriksaan Faal ginjal

Jenis pemeriksaan	tanggal	hasil	Nilai rujukan
Ureum	1 Juli 2024	15.5	10 – 50 mg/dL
Creatinin	1 Juli 2024	0.8	0.6 – 1.2 mg/dL

d) Pemeriksaan Gula Darah

tabel 4.3 2 Pemeriksaan Gula Darah

Jenis pemeriksaan	tanggal	hasil	Nilai rujukan
Glukosa sewaktu	1 Juli 2024	96	70 –140 mg/dL
Glukosa puasa	4 Juli 2024	93	<100 mg/dL
Glikosa 2 jam PP	4 Juli 2024	117	<140 mg/dL

6. Terapi

Terapi yang diperoleh pasien adalah injeksi captropil 3x 25 mg/oral, amlodipine 1x 10 mg/oral, citicolin 2x 500 mg/iv, injeksi mecobalamin 2x 500 mg/iv, injeksi omeprazole 2x 40 mg/iv, injeksi paracetamol 3x 1 gram/iv, simvastatin 10 mg/oral.



**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis hipertensi Di Ruang penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dapat memberi manfaat berupa peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini akan berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081353625539

**Peneliti****Fransiska Melania Ene**  
NIM : P05303202210049

**INFORMED CONSET**  
(Persetujuan menjadi Partisipan)

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

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

Ende, 3 Juli 2024

Saksi



Ny. B. N

Yang memberikan Persetujuan



Tr. K. S

Peneliti



FRANSISKA MELANIA ENE  
PO. 5303202210049

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Fransiska Melania Ene  
Tempat/Tanggal Lahir : Sadha, 20 Septwmbler 1995  
Alamat : Biara SMCJ Jln. Sam Ratulangi Woloweku Ende  
Jenis Kelamin : Prempuan  
Agama : Khatolik  
Nama Ayah : Bernadus Kede  
Nama Ibu : Kornelia Watu

### B. Riwayat Pendidikan

SD Negeri Linajawa : 2002-2008  
SMPN I Golewa : 2009-2012  
SMAN I Golewa : 2012-2015  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,  
Program Studi D III Keperawatan Ende : 2021-1024

### MOTO

Kasih Memberanikan Aku Untuk Melangkah



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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : FRANSISKA MELANIA ENE  
NIM : PO 5303202210049  
Pembimbing : YUSTINA P.M. PASCHALIA, S.Kep.,Ners.,M.Kes  
Penguji : ANATOLIA KARMELOTA DOONDORI, S. Kep.Ns.,M.Kep

No	Tanggal	materi	Rekomendasi pembimbing	paraf
1	28/08/2023	1. Laper nama 2. Konsul judul	1. Penjelasan singkat mengenai cara membuat proposal harus sesuai dengan panduan 2. Aturan konsul untuk konsul 3. Persetujuan dengan judul yang diambil 4. Membuat latar belakang	
2	31/08/2023	BAB I	1. Perbaiki cara penulisan cover (nama dan nim hanya 1 spasi dan kata kesenterian diubah menjadi kesementerian 2. Perbaiki aturan margins (T:4, L:4, B:3, R:3) 3. Perhatikan cara penulisan jangan sampai lupa huruf atau tambah huruf 4. Gunakan referensi lima tahun terakhir 5. Cari data 3 tahun terakhir ( 2021-2023) 6. Perbaiki latar belakang dengan ketentuan (harus ada introduction, besaran masalah menggunakan segitiga dari internasional sampai rumah sakit tempat yang akan dilakukan studi kasus,	

			dampak, program pemerintah, peran perawat, kesenjangan dari hasil studi kasus sebelumnya) 7. Pada tujuan dan manfaat tambahkan pengantar dan tambahkan kata keperawatan Perbaiki cara penulisan daftar pustaka	
3	05/09/2023	BAB I	1. Perbaiki Nama dan NIM dengan menggunakan 1 spasi 2. Perbaiki cara penulisan yang lebih dan kurang huruf dan lebih teliti dalam penulisan 3. Hasil RISKEDES cukup ambil yang di kabupaten Ende 4. Perbaiki penggunaan kalimat setiap yang besar dan masuk akal 5. Perbaiki penggunaan spasi dalam setiap penulisan 6. Tambahkan data dari RSUD Ende 7. Lanjut kerja BAB 2	
4	20/09/2023	BAB I dan BAB II	1. Bagian cover batasan antara judul dan tulisan proposal harus ada Enter 2. Koreksi lagi semua penulisan huruf capital dan dan lainnya 3. Koreksi lagi cara penulisan pustaka 4. Koreksi semua penulisan huruf capital 5. Jelaskan mengapa hipertensi kembali meningkat faktor-faktor yang mempengaruhi 6. Tambahkan data dari RSUD Ende 7. Cari literatur yang asli jangan banyak ambil dari dalam ... 8. Tambahkan studi kasus sebelumnya 9. Setiap penulisan jangan gantung 10. Untuk BAB II semua literatur harus diambil dari dalam buku 11. Perbaiki pathway 12. Perbaiki lagi Konsep Asuhan keperawatan 13. Lihat kembali tentang pola-pola fungsi kesehatan fokus ke hipertensi 14. Pemeriksaan head to toe fokus 15. Tabulasi data tidak boleh keluar dari data pengkajian 16. Tambahkan lagi intervensi sesuai dengan SIKI dan masalah keperawatan yang diangkat 17. Lanjut BAB III	

5	27/09/2023	BAB II dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki patofisiologi menurut Buku Keperawatan Medikal Bedah yang di tulis Oleh Brunner dan Suddarth</li> <li>2. Perbaiki lagi pathway sesuai dengan patofisiologi</li> <li>3. Tambahkan keluhan utama</li> <li>4. Gunakan pengkajian perpol</li> <li>5. Perbaiki tata bahasa bab 3</li> <li>6. Perbaiki cara penulisannya</li> </ol>	
6	29/09/2023	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koreksi lagi semua cara penulisan pustaka</li> <li>2. Koreksi lagi sumber yang tidak muncul di daftar pustaka</li> <li>3. Perbaiki lagi sesuai dengan koreksi terdahulu</li> </ol>	
7	27/11/2023	BAB II DAN III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki pengkajian perpol</li> <li>2. Tabulasi data disesuaikan dengan pengkajian</li> <li>3. Perhatikan penulisan tanda baca dan huruf</li> <li>4. Perbaiki lagi metode / prosedur studi kasus</li> <li>5. Perhatikan cara penulisan sesuai dengan panduan</li> </ol>	
8	28/11/2023	BAB I, II, III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatikan penulisan huruf capital</li> <li>2. Sumber harus dimasukan semua</li> <li>3. Perbaiki pengkajian perpol sesuai dengan kasus dan bukan penjelasan</li> <li>4. Tabulasi data harus sesuai dengan pengkajian</li> <li>5. Perbaiki lagi bab 3 pola bahasa yang benar</li> </ol>	
9	7/12/2023	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan kata pengantar</li> <li>2. Buat daftar isi</li> <li>3. Nomor halaman</li> <li>4. Perbaiki pengkajian perpol</li> </ol>	
10	11/12/2023	BAB I, BAB II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki pengkajian perpol</li> <li>2. Perbaiki penulisan kata pengantar</li> </ol>	

11	16/01/2024		ACC Konfirmasi ke pembimbing untuk ujian proposal	
----	------------	--	---	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Wahyuni, M. Kep., Ns., Sp.Kep., Kom  
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : fransiska melania ende  
NIM : PO. 5303202210049  
Nama Pembimbing : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 16 Mei 2024	Konsultasi revisi bab I- III	1. Perbaiki lembar persetujuan tambah tanggal ACC proposal sebelum ujian 2. Tambahkan data nilai kekuatan otot normal pada pasien hipertensi 3. Perbaiki penulisan Metode/Prosedur Studi Kasus 4. Lembar konsul ditambahkan tanda tangan Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende	
2	Jumat, 17 Mei 2024			
3	Jumat, 17 Mei 2024		Acc, lanjut studi kasus	

Mengetahui  
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
  
Aris Wawonen, M. Kep., Ns., Sp. Kep., Kom  
NIDN: 196601141991021001



LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : fransiska melania emr  
NIM : PO. 5303202210049  
Nama Pengaji : Anatolia K. Doondoi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Jumat, 19 Januari 2024	Konsultasi revisi bab I-III	1. Mengapa memilih judul proposal judul proposal hipertensi 2. Lengkapi data-data pengkajian 3. Pelajari organ jantung dan letak jantung serta cara melakukan pemeriksaan fisik pada jantung. 4. Apa itu CRT 5. Tambahkan skala kekuatan otot 6. Perbaiki pola kesehatan sesuai pola Gordon 7. Tambahkan table nilai GCS 8. Apa saja bunyi jantung	
2	Senin, 13 Mei 2024	Konsultasi revisi Bab I-III	1. Perhatikan huruf penulisan huruf capital 2. Tambahkan nilai tonus otot pada pasien dengan hipertensi berat	
3.	Kamis, 16 Mei 2024	Konsultasi revisi Bab I-III	1. Tambahkan skala 1 otot pada tabel skala kekuatan otot	
4.	Kamis, 16 Mei 2024	<i>Acc</i>	ACC: revisi proposal	

Mengetahui  
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende  
  
Arta Wawomen, M. Kep., Ns., Sp.Kep., Kom  
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Fransiska melania ene  
NIM : PO. 5303202210049  
Nama Pembimbing : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 4 Juli 2024	Konsul hasil studi kasus bab IV	1. Lanjut ketik hari pertama dan kedua dari pengkajian sampai evaluasi dan lanjutkan implementasi hari ke 3 2. Tambahkan data-data yang kurang tentang pasien	
2	Jumat, 5 Juli 2024	Konsul hasil studi kasus BAB IV	1. Koreksi kembali semua tulisan 2. Ganti penyebab dari defisit pengetahuan 3. Lihat kembali diagnosa tentang perfusi cerebral tidak efektif sesuai dengan buku SIKI 4. Lanjut ketik hari ke 3	
3	Selasa, 9 Juli 2024	Konsul hasil studi kasus	1. Koreksi lagi semua penulisan 2. Perbaiki penyebab defisit pengetahuan 3. Perbaiki lokasi studi kasus khusus dengan RPD III 4. Manajemen TIK apa saja yang harus dipantau 5. Penatalaksanaan obat-obatan untuk hipertensi diutamakan 6. Ajar autogenic seperti apa jelaskan 7. Hari jumat dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dan dimasukkan pada bagian evaluasi	

			8. Evaluasi jangan lupa lengkapi jam juga 9. Lanjut ketik sampai pembahasan dan penutup	
4.	Kamis, 11 Juli 2024	Konsul hasil Studi kasus BAB IV dan BAB V	1. Perbaiki dan perbatikan lagi semua tulisan 2. Apa saja yang dimonitor pada TIK di lengkapi 3. Tindakan hari jumat dibuat dalam bentuk catatan perkembangan dan di masukan dalam evaluasi 4. Lakukan evaluasi pengkajian dan jam 5. Perbaiki kesenjangan tambahkan opini teori dan rekomendasi 6. Tambahkan kesenjangan yang belum ada. 7. Perbaiki lagi cara penulisan evaluasi 8. Perbaiki pengkajian pada BAB IV ditulis dengan singkat.	
5	Senin, 15 Juli 2024	Konsul hasil studi kasus BAB IV dan V  ACC	1. Perbaiki evaluasi hari jumat menggunakan SOAPIE 2. ACC 3. Lanjut kontrak waktu ujian dengan penguji	
6	Senin, 5 Agustus 2024	Revisi hasil studi kasus	1. Surat pernyataan keaslian tulisan 2. Perbaiki abstrak sesuai petunjuk 3. Perbaiki lagi intervensi, implementasi dan pembahasan	
7	Selasa, 6 Agustus 2024		Acc	

Mengetahui  
Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Esde



Dr. Sibilia Lany Cahyani, S.Kep. Ns., M.Sc  
NIP:197401132002122001



**LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : franiiska melania ene  
NIM : PO. 5303202210049  
Nama Penguji : Anatolia K. Doondori, S.Kp.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 25 Juli 2024	Konsul revisi KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>Perbaiki lagi halaman- halaman sesuai dengan panduan KTI</li><li>Apa isi dari pembahasan</li><li>Kesenjangan yang ada diteori dan kasus apa saja</li><li>Apakah intervensi yang ada diteori semua dilakukan dalam implementasi</li><li>Mengapa syeri pasien ringus tetapi menggunakan paracetamol</li><li>Apa saja tanda-tanda peningkatan TIK fokus untuk hipertensi</li><li>Perhatikan tulisan-tulisan</li></ol>	
2	Jumat, 2 Agustus 2024	Konsul revisi studi kasus BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>Perhatikan penomoran pada halaman dan penulisan</li><li>ACC</li><li>Lanjut jilid 80 gram</li></ol>	

Mengetahui  
Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc**  
NIP:197401132002122001



**LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH**

Nama : fransiska melania ene  
NIM : PO. 5303202210049  
Nama Penguji : Anatolia K. Doondori, S.Kp.,Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 25 Juli 2024	Konsul revisi KTI BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki lagi halaman- halaman sesuai dengan panduan KTI</li><li>2. Apa isi dari pembahasan</li><li>3. Kesenjangan yang ada diteori dan kasus apa saja</li><li>4. Apakah intervensi yang ada diteori semua dilakukan dalam implementasi</li><li>5. Mengapa nyeri pasien ringan tetapi menggunakan parasetamol</li><li>6. Apa saja tanda-tanda peningkatan TIK fokus untuk hipertensi</li><li>7. Perhatikan tulisan-tulisan</li></ol>	
2	Jumat, 2 Agustus 2024	Konsul revisi studi kasus BAB IV	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perhatikan penomoran pada halaman dan penulisan</li><li>2. ACC</li><li>3. Lanjut jilid 80 gram</li></ol>	

Mengetahui  
Pib. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Dr. Shiffa Lemy Cahyani, S.Kep.,Ns.,M.Sc  
NIP:197401132002122001