

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh:

**LISNA NAZILA
NIM. PO. 5303202210016**

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEKNIK

KEMENTERIAN KESEHATAN KUPANG PROGRAM STUDI DIII

KEPERAWATA ENDE

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh:

**LISNA NAZILA
NIM. PO 5303202210016**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBIK INDONESIA POLITEKNIK
KEMENTERIAN ESEHATAN KUPANG PROGRAM STUDI D III
KEPERAWATA ENDE**

2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Lisna Nazila
Nim : PO. 5303202210016
Program Studi : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI
RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, 24 Januari 2024
Yang Membuat Pernyataan



Lisna Nazila
PO 5303202210016

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI RUANG PENYAKIT DALAM RUSUD ENDE**

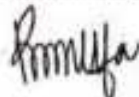
OLEH:

LISNA NAZILA

NIM. PO5303202210016

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

Pembimbing



Rifatunnisa, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 198809222020122005

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

NIP. 19660114199102 1001

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANG
PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

OLEH:

LISNA NAZILA
NIM. PO5303202210016

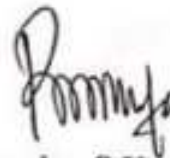
Karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan

Penguji Ketua



Irwan Budiana, S.Kep., M.Kep
NIP. 198906272019021 001

Penguji Anggota



Rif'atunnisa, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198809222020122005

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III

Keperawatan Ende Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep, Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114199102 1001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis hanturkan ke hadiarat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam Rsud Ende” dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi tugas akhir pada Program Studi DIII Keperawatan Ende.

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

1. Irfan, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupan.
2. Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.,Kep.Kom selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh Pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. dr. Carolina M. V. Sunti, Sp.PK selaku Direktur Rumah Skit Umum Daerah Ende yang telah mengijinkan penulis untuk melakukan studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
4. Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktu serta pikiran dalam proses bimbingan karya tulis ilmiah ini.

5. Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji yang telah memberikan masukan terkait penyempurnaan karya tulis ilmiah ini
6. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan serta doa bagi kelancaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Rekan-rekan seperjuangan yang telah memberi dukungan dalam kelancaran penyusunan karya ilmiah ini.

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

Ende, 24 Januari 2024

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.M dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Lisna Nazila ⁽¹⁾

Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽³⁾

Penyakit hipertensi menjadi permasalahan kesehatan utama di Negara maju dan Negara berkembang, hipertensi merupakan penyakit yang tidak menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu secara global (Mahfud et.al, 2019). Data World Health Organization (WHO) tahun 2022, menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengalami hipertensi. Penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai angka 7,2% atau 76.130 kasus (Dinkes NTT 2022).

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan Hipertensi dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. 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 Ny.M diemukan data TD 180/90 mmHg, pusing disertai sakit kepala, dan badan terasa lemah, CRT>3 detik Hb 5,80 gr/dl. Masalah keperawatan yang muncul yaitu: perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu: perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, nyeri akut teratasi, intoleransi aktifitas sebagian teratasi.

Setiap penderita Hipertensi berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan dan selalu patuh dalam minum obat.

Kepustakaan : 38 Buah (2016 - 2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende
3. Dosen Penguji Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care of Patients with Mrs.M with a Medical Diagnosis of Hypertension in the Internal Medicine Room III of RSUD Ende

Lisna Nazila ⁽¹⁾

Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽³⁾

Hypertension is a major health problem in developed and developing countries. Hypertension is a non-communicable disease and is the number one cause of death globally (Mahfud et.al, 2019). World Health Organization (WHO) data for 2022 shows that around 1.13 billion people in the world suffer from hypertension. Hypertension in East Nusa Tenggara Province reached 7,2% or 76,130 cases (NTT Health Office, 2022).

This case study aims to provide nursing care to Mrs.M with Hypertension and analyze the gap between theory and real cases. 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 nursing evaluation.

The results of the case study on Mrs.M found BP data 180/90 mmHg, headache, nape felt tense, weakness, CRT>3 seconds Hb 5,80 gr/dl. The nursing problems that arise are: ineffective peripheral perfusion related to increased blood pressure, acute pain related to physiological inducing agents, activity intolerance related to weakness. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation were: ineffective peripheral perfusion partially resolved, acute pain was resolved, activity intolerance partially resolved.

Every person suffering from hypertension has different signs and symptoms depending on how long the person has suffered and the length of treatment the patient has undergone. Therefore, it is hoped that you will maintain your health and always comply with taking medication.

Libraries: 38 Pieces (2016-2023)

Keywords: Nursing Care, Hypertension

1. Ende Nursing DIII Study Program Student
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program
3. Examiner of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan.....	4
D. Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	7
1. Pengertian Hipertensi	7
2. Anatomi Fisiologi	8
3. Klasifikasi Hipertensi.....	9
4. Etiologi	10

5. Patofisiologi.....	12
6. Pathway	14
7. Manifestasi Klinis	15
8. Pemeriksaan Penunjang.....	16
9. Penatalaksanaan.....	18
10. Komplikasi.....	20
11. Pencegahan	21
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	22
BAB III METODE STUDI KASUS	44
A. Desain Studi Kasus	44
B. Subjek Studi Kasus	44
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional	44
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	45
E. Prosedur Studi Kasus	45
F. Teknik Pengumpulan Data	45
G. Instrumen Pengumpulan Data	46
H. Keabsahan Data.....	46
I. Analisa Data.....	47
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil Studi Kasus.....	48
B. Pembahasan	68
BAB V PENUTUP.....	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi Hipertensi	10
Tabel 3.1 Definisi operasional.....	44
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 10 Mei 2024	55
Table 4.2 Terapi Pengobatan.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Jantung	8
Gambar 2.2. Pathway Hipertensi (Sari, 2020).....	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan.....	83
Lampiran 2 Lembar Konsul	108
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	114

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit hipertensi menjadi permasalahan kesehatan utama di negara maju dan negara berkembang. Hipertensi merupakan penyakit tidak menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu secara global (Mahfud et al., 2019).

Hipertensi juga disebut sebagai penyakit tidak menular (PTM), karena hipertensi tidak ditularkan dari orang ke orang. Penyakit tidak menular adalah penyakit kronis yang tidak dapat ditularkan ke orang lain. Penyakit tidak menular masih menjadi salah satu masalah kesehatan yang menjadi perhatian di Indonesia saat ini. Hal ini dikarenakan munculnya PTM secara umum disebabkan oleh pola hidup setiap individu yang kurang memperhatikan kesehatan (Riskesdas, 2018).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2022, menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengalami hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan di tahun 2025 akan ada 1,5 miliar orang yang terkena hipertensi, dan komplikasinya. Menurut Riskesdas dalam (Kemenkes RI 2021). Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1% mengalami peningkatan dibandingkan prevalensi hipertensi pada Riskesdas Tahun 2013 sebesar 25,8%.

Penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai angka 7,2% atau 76.130 kasus (Dinkes NTT 2022). Dinas kesehatan Kabupaten Ende, Mei 2023 tercatat 3 tahun terakhir kasus hipertensi

mengalami peningkatan yakni pada tahun 2020 sebanyak 11.137 tahun 2021 sebanyak 18.524 kasus pada tahun 2022 sebanyak 12.654 kasus yang mengalami hipertensi (Dinkes Kabupaten Ende 2023).

Data dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) bahwa jumlah penderita hipertensi pada tahun 2021 sebanyak 21 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 55 kasus dan di tahun 2023 pada bulan Januari-Agustus tercatat sudah mencapai 32 penderita hipertensi (Profil RSUD Ende, 2023)

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

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi berupa kerusakan pada jantung dan pembuluh darah, suplai darah yang tidak adekuat mengakibatkan kerusakan pada berbagai organ seperti ginjal dan otak, sehingga hipertensi merupakan salah satu penyebab terbesar terjadinya stroke (Nursukma, 2022).

Masalah utama dalam penanganan kasus hipertensi adalah sikap klien terhadap penyakitnya yang cenderung tidak patuh dalam melakukan perawatan diri. Sejalan dengan hasil penelitian Puspita et al., (2019) yang mengatakan bahwa efikasi diri penderita hipertensi berhubungan dengan perilaku diet hipertensi yang dilakukan sehari-hari. Sehingga efikasi diri yang baik akan

menunjukkan perilaku diet yang baik pula (Puspita et al., 2019).

Upaya yang dapat dilakukan untuk menekan atau menurunkan kejadian hipertensi yakni dengan melakukan gaya hidup sehat, serta dengan melakukan pendidikan kesehatan. Penekanan angka hipertensi dapat tercapai apabila pengetahuan masyarakat mengenai perawatan dan pencegahan hipertensi cukup baik. Kementerian kesehatan saat ini sedang mengupayakan meningkatkan promosi kesehatan, promosi kesehatan tersebut dilakukan melalui komunikasi, informasi, serta edukasi. Salah satu media promosi kesehatan antara lain merupakan penyuluhan, penyuluhan merupakan sebuah kegiatan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk menyampaikan pesan, juga keyakinan sehingga sasaran dari penyuluhan tidak hanya tahu atau mengerti dan tahu, melainkan mau dan mampu melakukan anjuran kesehatan yang telah disampaikan (Athiyya et al. 2021).

Peran perawat dalam menyikapi masalah hipertensi, yaitu memberikan pendidikan kesehatan pada individu/pasien dan pada keluarga tentang makanan yang menyebabkan tekanan darah meningkat, tentang stress berlebihan yang akan menyebabkan tekanan darah meningkat. Maka dari itu, perawat melakukan pendidikan kesehatan baik pada keluarga pasien dan pada pasien itu sendiri. Selain itu peran perawat dalam menangani pasien hipertensi adalah dengan memberikan asuhan keperawatan yaitu yaitu menganjurkan pasien menjaga pola hidup sehat.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus hipertensi perawat mendapat tantangan atau permasalahan kurangnya pemahaman perawat akan

penggunaan literature dalam penetapan standar pelayanan seperti harus menggunakan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta ketidakpatuhan pasien dalam melaksanakan diet hipertensi.

Sehubungan dengan angka kejadian hipertensi yang semakin meningkat dan faktor resiko terjadinya penyakit hipertensi jantung, gagal ginjal, diabetes, dan strok, serta peran perawat dalam melakukan upaya pencegahan penyakit hipertensi dengan mengubah kebiasaan sehari-hari dan menerapkan pola hidup sehat maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi”.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi kasus Hipertensi di Kabupaten Ende semakin meningkat dan masih tinggi. Berbagai studi telah dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab, faktor resiko dan tindakan pencegahan Hipertensi. Penelitian ini berfokus pada proses asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi. Dengan demikian masalah dalam penelitian ini bagaimana gambaran proses asuhan keperawatan pada klien dengan hipertensi.

C. Tujuan

a. Tujuan Umum

Menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende melalui pendekatan proses keperawatan.

b. Tujuan Khusus

1. Menggambarkan pelaksanaan pengkajian pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende
2. Menggambarkan penegakkan diagnosa keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende
3. Menggambarkan perencanaan intervensi keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende
4. Menggambarkan pelaksanaan implementasi keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende
5. Menggambarkan pelaksanaan evaluasi keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende
6. Menggambarkan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti dapat mengetahui penerapan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

2. Bagi RSUD Ende

Hasil penelitian karya ilmiah dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan hasil karya tulis ini dapat digunakan untuk peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

4. Bagi Instansi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi dan sumber rujukan bagi mahasiswa yang akan melakukan studi kasus lebih lanjut terkait topik yang berhubungan dengan hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

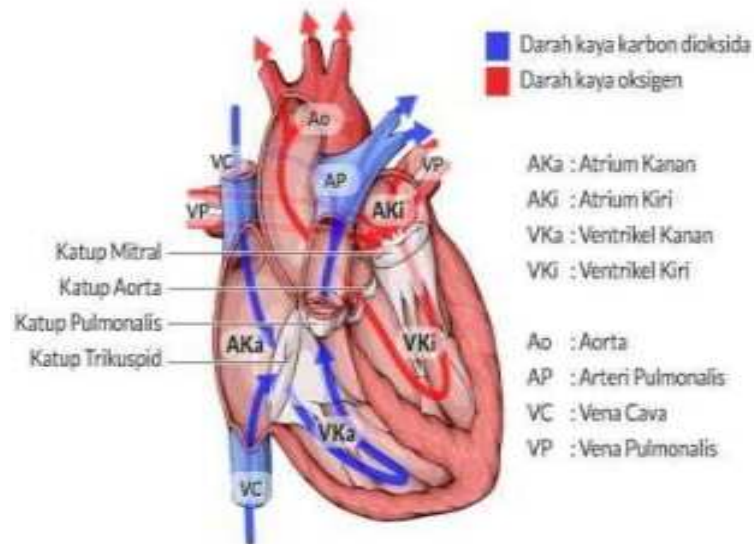
1. Pengertian Hipertensi

Pengertian Hipertensi menurut Umeda (2020) adalah kondisi tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg, berdasarkan dua kali pengukuran atau lebih. Menurut Nareza (2020) seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg.

Tekanan darah naik apabila terjadinya peningkatan sistol, yang tingginya tergantung dari masing-masing individu, dimana tekanan darah berfluktuasi dalam batas-batas tertentu, tergantung umur, dan tingkat stres yang dialami (Andika, 2022). Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan suatu gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi yang dibawa oleh darah, terhambat sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (UINSU, 2020). Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa hipertensi adalah suatu keadaan dimana terjadinya peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah arteri dimana tekanan darah sistolik pada tubuh seseorang lebih atau sama dengan 140 mmHg dan tekanan darah diastolik sama dengan 90 mmHg.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1. Anatomi Jantung (Sumber: Alodokter, 2020)

b. Fisiologi

Jantung adalah organ yang memompa darah melalui pembuluh darah menuju ke seluruh jaringan tubuh. Sistem kardiovaskuler terdiri darah, jantung, dan pembuluh darah. Darah yang mencapai sel-sel tersebut tubuh dan melakukan pertukaran zat dengan sel-sel tersebut harus dipompa secara terus-menerus oleh jantung melalui pembuluh darah. Sisi kanan dari jantung, memompa darah melewati paru-paru, memungkinkan darah untuk melakukan pertukaran antara oksigen dan karbondioksida. Walaupun jantung memompa darah ke seluruh tubuh, jantung tidak menerima nutrisi dari darah yang di pompanya.

Nutrisi tidak dapat menyebar cukup cepat dari darah yang ada dalam bilik jantung untuk memberi nutrisi semua lapisan sel yang

membentuk dinding jantung. Fisiologi utama pembuluh darah arteri yaitu untuk mendistribusikan darah yang kaya oksigen (O₂) dari jantung keseluruh tubuh, sedangkan fungsi utama vena adalah mengalirkan darah yang membawa sisa metabolisme, dan karbondioksida (CO₂) dari jaringan, kembali ke jantung pada peredaran darah (Imam, 2019).

3. Klasifikasi Hipertensi

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

a. Hipertensi primer atau esensial

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

b. Hipertensi sekunder

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

Klasifikasi tekanan darah untuk usia dewasa >18 tahun:

Tabel 2.1.
Klasifikasi Hipertensi

Kategori	TD diastolik (mmHg)	TD diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Tinggi-normal	130-139	85-89
Hipertensi		
Derajat 1	140-159	90-99
Derajat 2	160-179	100-109
Derajat 3	180	>110

Sumber: (Sari, 2020)

4. Etiologi

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

a. Faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah

1) Riwayat keluarga

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

2) Usia

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

hipertensi.

3) Jenis kelamin

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

b. Faktor resiko hipertensi yang dapat diubah

1) Pola makan tidak sehat

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

2) Kurangnya aktivitas fisik

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

3) Kegemukan

Ketidakseimbangan antara asupan makanan dengan pengeluaran energi menyebabkan kegemukan dan obesitas. Kelebihan berat badan maupun obesitas berhubungan dengan tingginya jumlah kolesterol jahat di dalam darah, sehingga dapat meningkatkan

resiko hipertensi.

4) Konsumsi alkohol berlebih

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

5) Merokok

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

5. Patofisiologi

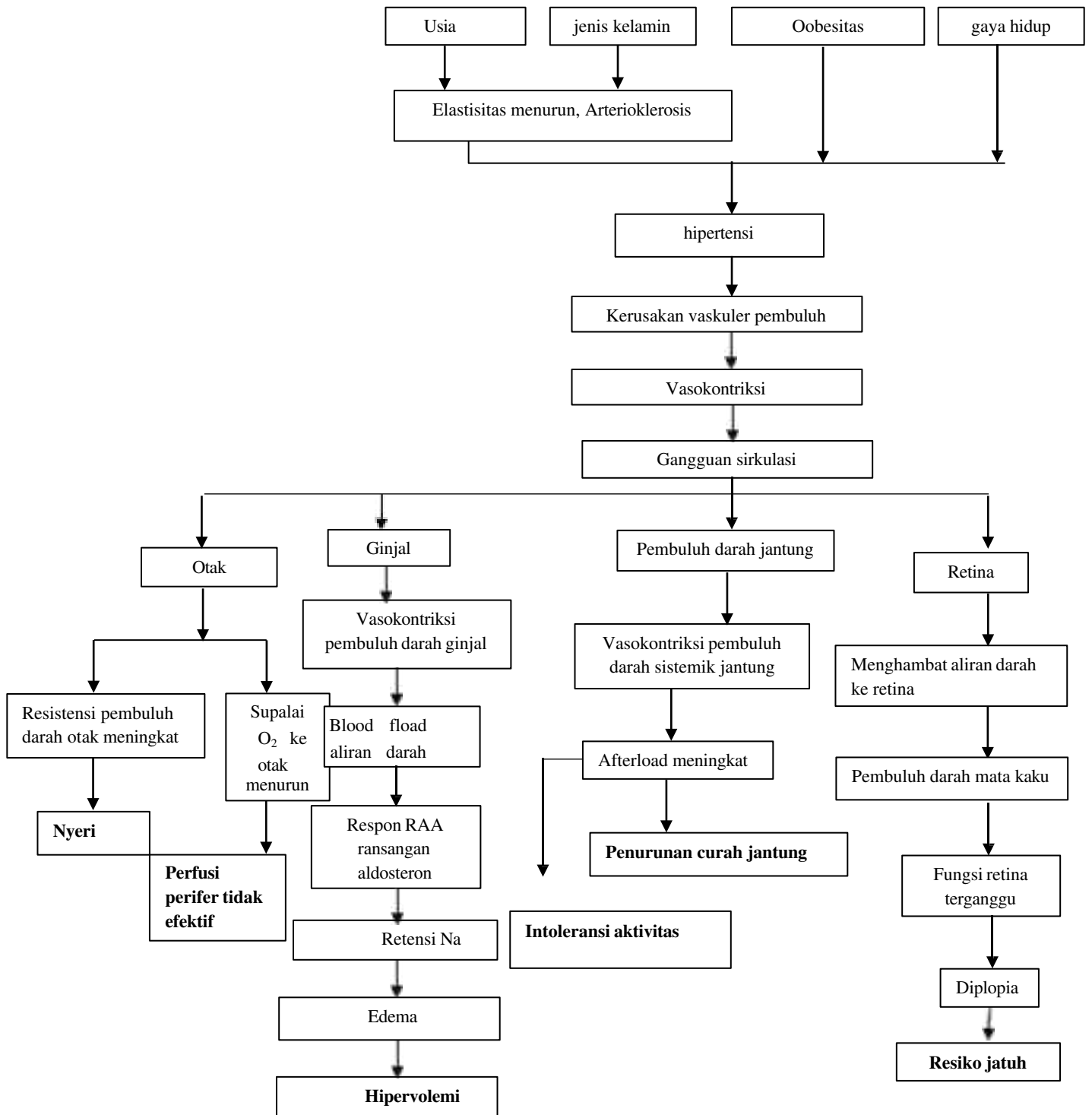
Beberapa faktor yang memicu hipertensi yaitu: usia, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Semakin tinggi usia maka akan semakin tinggi tekanan darah karena kurangnya elastisitas pembuluh darah dan di usia 40 tahun ke atas sangat beresiko mengalami arteriosklerosis. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung lama akan mengakibatkan kerusakan vaskuler pembuluh darah sehingga terjadi perubahan struktural pembuluh darah sehingga dapat memicu penyumbatan pembuluh darah, jika sudah terjadi penyumbatan maka akan timbul vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah yang dimana jalur aliran darah menjadi lebih sempit dan akan mengganggu sirkulasi darah (Sari, 2020).

Jika sudah terjadi gangguan sirkulasi maka organ-organ tubuh seperti otak, ginjal, pembuluh darah jantung dan retina pada bagian mata akan menjadi targetnya. Jika terjadi sumbatan pada pembuluh darah otak maka

resistensi pada pembuluh darah otak meningkat atau hambatan pada pembuluh darah otak meningkat sehingga akan terjadi peningkatan vaskuler cerebral yang akan menstimulus rasa nyeri, dan jika terjadi sumbatan pada pembuluh darah otak maka suplai O₂ ke otak akan menurun dan terjadilah sinkop (penurunan kesadaran) sehingga pada tubuh akan mengalami gangguan perfusi jaringan (Sari, 2020).

Pada ginjal juga akan mengakibatkan pembuluh darahnya menyempit sehingga aliran nutrisi ke ginjal terganggu dan mengakibatkan juga kerusakan pada sel-sel ginjal dan aliran darah pada ginjal menurun dan menstimulus respon Renin angiotensin aldosteron (RAA), yang dimana RAA adalah enzim yang dihasilkan oleh ginjal dalam membantu mengontrol tekanan darah dan bekerjasama menahan garam dan cairan dan apabila prosesnya tidak berjalan dengan baik akan mengakibatkan retensi natrium (Na) dan menimbulkan edema. Pada pembuluh darah jantung gangguan sirkulasi dapat mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sistemik ginjal dan afterload akan meningkat sehingga volume darah yang dipompa menurun dan menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung. Dan jika afterload meningkat akan mengakibatkan rasa fatik atau lelah. Jika sirkulasi terganggu pada daerah mata maka akan menghambat aliran darah ke retina mata menyebabkan spasme arteriol pembuluh darah mata menjadi kaku dan fungsi retina terganggu dan menimbulkan gangguan penglihatan diplopia (melihat dua bayangan dalam satu objek) sehingga bisa menimbulkan resiko jatuh pada penderita (Sari 2020).

6. Pathway



Gambar 2.2. Pathway Hipertensi (Sari, 2020)

7. Manifestasi Klinis

Hipertensi merupakan penyakit yang sering kali tidak disadari keberadaannya. Dalam banyak kasus, penyakit ini baru diketahui ketika sudah terjadi komplikasi berbahaya dapat berujung pada kematian. Menurut Sudrajat tahun 2017 menjelaskan bahwa manifestasi klinis hipertensi adalah sebagai berikut:

a. Sering sakit kepala

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

b. Gangguan penglihatan

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

c. Mual dan muntah

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

d. Nyeri dada

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini dapat terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung.

e. Sesak napas

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

f. Bercak darah di mata

Sering disebut dengan perdarahan sub konjungtiva, gejala hipertensi ini sering ditemukan pada individu dengan diabetes atau tekanan darah tinggi.

g. Muka memerah

Ketika pembuluh darah dimuka melebar, area wajah akan terlihat memerah.

8. Pemeriksaan Penunjang

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

a. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penderita hipertensi meliputi pemeriksaan *hemoglobin* dan elektrolit untuk melihat *vaskositas* serta indikator faktor resiko seperti hiperkoagulabilitas dan anemia.

b. Elektrokardiografi

Pemeriksaan elektrokardiografi digunakan untuk mengetahui dan mendeteksi resiko komplikasi kardiovaskuler pada penderita hipertensi seperti *infak miokard* akut atau gagal jantung

c. Rontgen thoraks

Rontgen thoraks digunakan untuk menilai adanya klasifikasi obstruktif katup jantung, deposit kalsium pada aorta, dan pembesaran jantung.

d. USG ginjal

USG ginjal digunakan untuk melihat adanya kelainan pada ginjal, misalnya batu ginjal atau kista ginjal. USG ginjal juga untuk mengetahui aliran darah ke ginjal melalui pembuluh darah dan arteri ginjal.

e. CT scan kepala

CT scan kepala dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pembuluh darah ke otak karena pada hipertensi terdapat kemungkinan terjadi penyumbatan pembuluh darah sehingga otak tidak bisa menerima pasokan darah dan oksigen.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan hipertensi menurut UINSU, 2020 adalah sebagai berikut:

a. Terapi farmakologi atau pengobatan modern

1) Diuretic Tiazide

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

2) Penghambat adrenergik

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

3) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitor)

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

b. Terapi non farmakologis

1) Penurunan berat badan

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

2) Mengurangi asupan garam

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

3) Olahraga

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

4) Tidak mengonsumsi alkohol

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

5) Berhenti merokok

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

10. Komplikasi

Komplikasi hipertensi menurut Jaclyin (2020) yang harus diwaspadai adalah sebagai berikut:

a. Gangguan jantung

Saat terjadi tekanan darah yang tinggi secara terus-menerus, dinding pembuluh darah akan rusak perlahan-lahan. Kerusakan ini dapat mempermudah kolesterol untuk melekat pada dinding pembuluh darah. Semakin banyak penumpukan kolesterol, diameter pembuluh darah semakin kecil.

Hal ini akan membuatnya lebih mudah tersumbat. Penyumbatan yang terjadi di pembuluh darah jantung dapat menyebabkan serangan jantung dan berisiko mengancam nyawa. Selain itu, pembuluh darah yang menyempit juga akan memperberat kerja jantung. Apabila kondisi ini tidak segera diobati, jantung yang terus bekerja keras dapat berujung kelelahan dan akhirnya lemah. Jika kondisi tersebut berlanjut, risiko gagal jantung bisa meningkat.

b. Stroke

Kerusakan pembuluh darah pada jantung juga dapat terjadi pada bagian otak. Keadaan ini dapat menyebabkan penyumbatan, yang disebut dengan stroke.

c. Emboli paru

Selain pada otak dan jantung, pembuluh darah pada paru-paru juga dapat rusak dan tersumbat akibat tekanan darah tinggi yang

tidak terkendali.

d. Gangguan ginjal

Tekanan darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah di ginjal. Lama-kelamaan, kondisi ini membuat ginjal tidak dapat melakukan tugasnya dengan baik dan dapat berujung menjadi gagal ginjal.

11. Pencegahan

Pencegahan hipertensi menurut Sudrajat (2018) adalah sebagai berikut:

a. Olahraga teratur

Olahraga secara rutin merupakan cara untuk mencegah hipertensi. Dengan berolahraga kinerja jantung dalam memompa darah lebih optimal, metabolisme meningkat dan aliran darah pun lancar. Pada penderita hipertensi baiknya melakukan olahraga ringan seperti jalan cepat, jogging atau bersepeda selama 30-60 menit/hari sebanyak 3 kali dalam seminggu akan membantu penurunan tekanan darah.

b. Kurangi asupan natrium

Kandungan natrium pada garam dapat menyebabkan tubuh menahan cairan sehingga berdampak pada tekanan darah yang meningkat.

c. Mengatur pola makan

Pada penderita hipertensi pola makan haruslah di atur, karena ada beberapa makanan yang dapat memicu peningkatan tekanan darah. baiknya isi menu makanan yang banyak mengandung kalium, magnesium dan kalsiCum. Ditambah lagi dengan sayur da buah-buahan yang kaya akan serat seperti pisang, tomat, sayuran hijau, kacang- kacang, wortel, melon dan masih banyak lagi. Dengan menu makan tersebut sangat membantu mengontrol tekanan darah.

d. Kurangi stres

Stres berskala panjang akan membuat tubuh menjadi rusak. Peningkatan hormon adrenalin menyebabkan meningkatnya tekanan darah, faktor resiko hipertensi ini dapat dimodifikasi dengan melakukan berbagai upaya seperti yoga, meditasi, rekreasi dan melakukan sesuatu yang disenangi. Upaya tersebur membatu menurunkan tekanan darah.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengakajian Keperawatan

Pengkajian umum yang dilakukan pada pasien dengan hipertensi menurut Suprpto (2022) meliputi:

a. Data umum

1) Identitas Klien

Diantaranya: nama, umur, agama, tempat tanggal lahir, alamat, pekerjaan, jenis kelamin, tanggal masuk rumah sakit, diagnose

medis, suku/bangs, nomor rekam medis.

2) Identitas penanggung jawab

Diantaranya: umur, nama, alamat, jenis kelamin, pekerjaan, dan status hubungan.

3) Keluhan utama

Keluhan sering dirasakan oleh orang yang menderita hipertensi meliputi sakit kepala, cemas, pening, kekauan leher, penglihatan kabur, dan mudah merasa Lelah. Semua pasien hipertensi rata-rata akan mengalami keluhan nyeri kepala serta pusing. Menurut Novitasari 2018 nyeri kepala adalah gejala hipertensi yang paling umum dirasakan oleh pasien karena tekanan intracranial yang tinggi. Keluhan umum lainnya adalah pusing yang disebabkan oleh vasokonstriksi pembuluh darah dan berkurangnya perfusi jaringan serebral.

4) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan pengkajian pendukung keluhan utama menjelaskan kronologi timbulnya keluhan utama. Gejala tambahan yang sering terjadi meliputi: nyeri kepala, penglihatan buram, pusing, mual, denyut jantung yang tidak teratur, serta rasa sakit di dada.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Kaji anggota dalam suatu keluarga yang terkena penyakit sejenis dengan pasien, dan adanya penyakit lain yang diderita oleh anggota keluarga seperti TBC, HIV, diabetes melitus, asma, dan

lain-lain. Seorang yang memiliki anggota keluarga dengan hipertensi akan lebih berisiko untuk mengalami kondisi yang sama (Adam, 2018)

b. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pemahaman pasien dalam upaya memelihara kesehatannya seperti persepsi pasien tentang kesehatan diri, pengetahuan tentang penyakit dan perawatannya, kemampuan untuk mengontrol kesehatan, kebiasaan hidup.

2) Aktivitas/istirahat

Bagaimana pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari apakah ada keluhan atau tidak selama sakit. Tanda dan gejala yang biasanya muncul: letih, kelemahan, frekuensi jantung lebih cepat, napas pendek, takipnea, perubahan irama jantung. Terdapat keluhan saat melakukan aktivitas.

3) Pola eliminasi

Adakah gangguan eliminasi sebelum dan saat dirawat seperti adanya keluhan diare, penggunaan obat pencahar, adanya perubahan BAB/BAK.

4) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan tidur (lama tidur dan waktu tidur), kesulitan tidur (sulit memulai tidur, mudah terbangun, dan insomnia). Akibat nyeri kepala yang dirasakan pasien hipertensi dapat

menyebabkan terganggunya pola tidur. Rusaknya pola tidur pasien dipengaruhi oleh salah satu factor resiko yaitu nyeri kepala pada penderita hipertensi. Hal ini membuat pasien terjaga dan sulit untuk tidur sehingga mengakibatkan durasi tidur lebih singkat dan menyebabkan terganggunya aktivitas dan menurunnya konsentrasi (Habel, 2019).

5) Pola makan/minum

Makanan yang dikonsumsi apakah tinggi garam, lemak, serta kolesterol, adanya keluhan mual, muntah, adakah penurunan atau peningkatan berat badan, adanya penurunan nafsu makan.

6) Pola kognitif-presepsi sensori

Apakah adanya keluhan yang dirasakan mengenai kemampuan sensasi pendengaran dan penglihatan), kesulitan yang dialami (sering pusing), kemampuan kognitif, presepsi terhadap nyeri memakai pengkajian PQRST.

7) Pola presepsi dan konsep diri

Tentang presepsi diri pasien seperti harapan setelah menjalani perawatan, status emosi pasien, konsep diri (bagaimana presepsi pasien terhadap tubuhnya).

8) Pola mekanisme koping

Menjelaskan terakait pola koping, toleransi pada support system dan stres.

9) Pola seksual reproduksi

Bagaimana pemahaman pasien mengenai fungsi seksual, apakah terdapat gangguan dalam melakukan hubungan seksual yang dikarenakan penyakitnya.

10) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

Bagaimana hubungan pasien bersama orang lainnya apakah keadaan penyakitnya mempengaruhi dalam melakukan hubungan dengan orang lain.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Bagaimana pasien dalam melakukan aktivitas beragam apakah ada perubahan selama sakit, adakah keyakinan pasien yang tidak sesuai pada kesehatannya

c. Pemeriksaan fisik

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

2) Pemeriksaan Head to Toe

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

Palpasi : Pasien mengeluh nyeri kepala.

3) Pemeriksaan mata

Inspeksi : Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung,

tampak loyo/layu atau kurang bersemangat.

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

4) Pemeriksaan mulut dan faring Inspeksi : Pembesaran vena jugularis.

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

5) Pemeriksaan Thoraks

a) Jantung

Palpasi : Denyut nadi meningkat, jantung takikardi/bradikardia. Perkusi : Terdapat bunyi jantung gallop.

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

b) Paru-Paru

Inspeksi : Kesimetrisan dada, pergerakan dada. Palpasi : adanya retraksi dada /tidak

Perkusi : Terdapat bunyi sonor Auskultasi : suara napas vasikule

6) Pemeriksaan Integumen Inspeksi : kulit pucat.

Palpasi : suhu dingin, CRT > 3 detik

7) Ektremitas

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

Palpasi : Kaji kekuatan otot pasien.

d. Tabulasi Data

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

e. Klasifikasi Data

Data Subjektif: Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, pengelihatan kabur, rasa cemas berlebihan, ditemukan dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea. Data Objektif: Kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, suhu dingin, distensi vena jugularis, tampak pucat/kering, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) edema pada ektermitas

f. Analisa Data

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

1) Data subjektif : Mengeluh lemah, dispnea

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

Penyebab: Perubahan Aterload Masalah : Penerunan curah Jantung

2) Data subjektif : tidak tersedia

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

Penyebab : peningkatan tekanan darah

Masalah : Perfusi perifer tidak efektif

3) Data subjektif : mengeluh nyeri

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

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

Masalah : nyeri akut

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

Data Objektif : Tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

Edema pada ekstermitas

Penyebab : kelebihan asupan cairan Masalah :

Hipervolemia

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

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

Penyebab : Kelemahan Masalah : Intoleransi aktifitas

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

Data Objektif : tidak tersedia

Penyebab : Gangguan penglihatan

Masalah : resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2016) dalam Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang ditandai dengan

Data subjektif : Mengeluh lemah, dispnea

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

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yang ditandai dengan

Data subjektif : tidak tersedia

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

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

Data subjektif : mengeluh nyeri

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

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

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

Data Objektif : Tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

Data subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman

setelah beraktivitas, Merasa lelah.

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

e. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan pengelihatan yang ditandai dengan

Data Subjektif : mengeluh pengelihatan kabur, lelah dan pusing

Data Objektif : tidak tersedia

3. Rencana Keperawatan

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

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil:

1) Bradikardia menurun (5)

2) Takikardia menurun (5)

3) Dispnea menurun (5)

4) Pucat/sianosis menurun (5)

5) Lelah menurun (5)

Intervensi **Perawatan jantung**

1) Observasi :

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

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

- b) Monitor tekanan darah

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

- c) Monitor intake dan output cairan

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

- d) Monitor nilai laboratorium

Rasional: Nilai laboratorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostic

2) Terapeutik

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

mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

b) Berikan terapi relaksasi

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

3) Edukasi

a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

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

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

b) Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

1) Warna kulit pucat menurun(5)

2) Nyeri ekstremitas menurun(5)

3) Pengisian kapiler membaik(5)

4) Akral membaik(5)

5) Turgor kulit membaik(5)

Intervensi **Perawatan sirkulasi**

1) Observasi

a) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)

Rasional : diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut

b) Monitor panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas

Rasional : kondisi panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstremitas adalah tanda gangguan sirkulasi

2) Terapeutik

a) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi

Rasional : tindakan pengukuran tekanan darah pada area keterbatasan perfusi akan menimbulkan nyeri pada daerah tersebut sehingga dilakukan pencegahan dengan tidak melakukan pengukuran tekanan darah di area keterbatasan perfusi

b) Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area keterbatasan perfusi

Rasional : jika dilakukan pemasangan infus dan pengambilan darah pada area keterbatasan perfusi maka akan menimbulkan kekurangan atau perubahan sirkulasi perifer

3) Edukasi

a) Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol

Rasional: mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal

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

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

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

Intervensi **Manajememen Nyeri**

1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional: menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional: menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis hipnosis, akupresur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi)

Rasional: terapi non-farmakologis melalui peningkatan endorphen, transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri

- b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri

yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

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

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

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

4) Kolaborasi

a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit

c) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Asupan cairan meningkat(5)
- 2) Haluan urine meningkat(5)
- 3) Kelembapan membran mukosa meningkat(5)
- 4) Edema menurun (5)
- 5) Asites menurun (5)

Intervensi : **Manajemen Hipervolemia**

1) Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis, ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat.

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

- b) Identifikasi penyebab hipervolemia

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

- c) Monitor input dan output cairan

Rasioanal: memastikan intake dan output cairan yang masuk

2) Therapeutik

- a) Batasi asupan cairan dan garam

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

3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretik

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

- d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan di

harapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi Dengan kriteria hasil :

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

Intervensi **Manajemen energi**

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan
 - b) Monitor pola dan jam tidur

Rasioanl: kecukupan tidur atau istirahat mengurangi kelelahan yang dirasakan
 - c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
Rational: mengetahui lokasi atau bagian tubuh yang mana yang tidak nyaman dalam melakukan aktifitas
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: dengan menyediaka lingkungan yang nyaman menambah kenyamanan pasien
 - b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

Rasional: dengan latihan gerak pasif dan aktif meningkatkan dan melatih massa otot

c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

d) Rasional : mengalihkan rasa ketidaknyamanan pasien

3) Edukasi

a) Anjurkan tirah baring

Rasional: dengan tirah baring yang cukup membantu mengoptimalkan atau mencukupi kebutuhan istirahat pasien

b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: menunjang proses kesembuhan secara bertahap dan melatih kekuatan otot

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: dengan asupan gizi yang seimbang memaksimalkan proses penyembuhan pasien

c. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terdapat resiko jatuh: (PPNI, 2018)

1) Jatuh dari tempat tidur menurun (1)

2) Jatuh saat berdiri menurun (1)

3) Jatuh saat duduk menurun (1)

4) Jatuh saat berjalan menurun (1)

5) Jatuh saat dipindahkan menurun (1)

Intervensi: **Pencegahan Jatuh**

1) Observasi

a) Identifikasi faktor resiko jatuh (mislnya. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropatik). Rasional: dengan mengidentifikasi faktor resiko jatuh dapat mencegah ataupun mengurangi resiko terjadinya cedera

2) Terapeutik

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

Rasional: modifikasi lingkungan seperti pencahayaan membantu klien dalam penglihatan lingkungan setempat

3) Edukasi

a) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

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

4. Penatalaksanaan Keperawatan

Implementasi merupakan proses pelaksanaan terkait intervensi keperawatan yang telah disepakati dalam intervensi keperawatan. Pada tahap ini, implementasi bertujuan untuk membantu pasien dalam

mencapai hasil kesehatan yang diharapkan, pencegahan penyakit, manajemen penyakit, ataupun pemulihan kesehatan dalam berbagai pengaturan termasuk perawatan akut, perawatan kesehatan di rumah maupun klinik rawat jalan (Pangkey, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan, perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Budiono & Pertami, 2015)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Jenis penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek dalam penelitian ini adalah satu orang ibu dengan masalah Hipertensi di RSUD Ende yang telah bersedia menjadi responden.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Batasan istilah atau definisi operasional memuat penjelasan terkait istilah-istilah yang terdapat pada judul penelitian. Hal ini bertujuan untuk menghindari kesalahpahaman antara penulis dan pembaca. (Nurjana & Sahabudin, 2022).

Adapun Batasan istilah dalam studi kasus ini yaitu:

Tabel 3.1 Definisi operasional

No.	Istilah	Definisi
1.	Hipertensi	Hipertensi adalah suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian

2) Asuhan Keperawatan Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi prmgkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di RPD III RSUD Ende jalan prof. Dr.W.Z Yohanes, Kelurahan paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 10-12 Mei 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

Tahapannya:

1. Penyusunan proposal dilakukan tanggal 29 Agustus 2023
2. Proposal di setujui oleh pembimbing tanggal 30 Agustus 2023.
3. Ujian proposal dilakukan pada tanggal 1 Maret 2024.
4. Mengajukan surat permohonan studi kasus kepada Direktur RSUD Ende tanggal 7 Mei 2024.
5. Melakukan pendekatan dan memohon ijin kepada kepala ruangan RPD III pada tanggal 8 Mei 2024.
6. Melakukan pendekatan pada pasien pada tanggal 10 Mei 2024, dan mulai melakukan studi kasus dari tanggal 10-12 Mei 2024. Studi kasus diawali dengan meminta tanda tangan informed consent.
7. Dilanjutkan dengan studi pelaksanaan kasus pada tanggal 10-12 Mei 2024.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat keseshatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan

sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktifitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran pola toleransi stres-koping, pola nilai kepercayaan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien dengan prinsip head to toe dalam hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan

utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

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

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari satu ruang perawat, tiga ruang perawatan dalam 19 bed, satu ruang farmasi, satu ruang pantry, satu ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, satu orang administrasi, dan dua orang *cleaning service*.

2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari Jumat tanggal 10 Mei 2024 pukul 08.00 WITA

a. Pengumpulan data

1) Wawancara

a) Biodata klien

Pasien berinisial Ny.M berumur 59 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, pendidikan terakhir klien SD beralamatkan di Wolowona dan beragama katolik dengan diagnosa medis Hipertensi grade II.

b) Biodata Penanggung Jawab

Klien berinisial Tn. J beumur 22 tahun dan pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai wiraswasta, dan hubungan dengan klien anak kandung.

c) Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengatakan pusing dan nyeri kepala bagian belakang.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Nyeri kepala dirasakan sejak 30 menit sebelum masuk UGD.

Klien dibawa ke RSUD Ende menuju IGD Pada hari Kamis (9 Mei 2024) pukul 21.30 WITA, dengan keluhan pusing dan nyeri kepala bagian belakang, badan terasa lemah. Klien tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit di tangan sebelah kanan.

3. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien menderita penyakit Hipertensi sejak delapan tahun lalu. Klien juga pernah dirawat di RSUD Ende tepatnya di tanggal 17 April 2023 dengan keluhan yang sama yakni nyeri kepala bagian belakang, disertai pusing dan badan terasa lemah. Klien diberikan obat penurun tekanan darah tinggi yaitu captopril. Pasien tidak berobat teratur.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ayahnya juga menderita tekanan darah tinggi.

e) Pengkajian Perpola

1. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien dirawat di rumah, namun jika sakitnya tidak dapat ditangani klien selalu berobat

ke Puskesmas. Klien mengatakan tidak teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat. Saat ini klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang peduli dalam menjaga kesehatan.

2. Pola Nutrisi Metabolik

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari makan minum 3x dalam sehari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi, ubi, sayur, dan lauk sesekali. Porsi makan yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih sehari 7-8 gelas (± 1.7050 cc). Selain minum air putih klien juga minum kopi dua kali dalam sehari yaitu di pagi dan sore hari. Saat ini klien makan dengan komposisi nasi, sayur dan daging ayam disertai buah-buahan. Porsi yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih 7-8 gelas sehari. BB klien 63 kg dan TB: 157 cm.

Rumus IMT= BB/TB^2 (m^2)

$63/1,57^2 = 63/2,4649 = 25,5$ (BB Ideal)

Tidak ada perubahan berat badan sebelum dan saat sakit.

3. Pola Eliminasi

Klien mengatakan biasa buang air besar satu kali/hari, konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas. Saat ini klien mengatakan BAB satu kali sehari, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses. Sebelum sakit klien

mengatakan BAK lancar frekuensi 4-5 kali/hari. Saat ini klien buang air kecil warna kuning, bau pesing.

4. Pola Aktivitas dan Istirahat

Klien mengatakan bahwa sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil) serta melakukan aktivitas lain sebagai pekerjaan rutinitas ibu rumah tangga. Saat ini klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelumnya dan klien juga mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya. Klien hanya bisa terbaring lemah ditempat tidur.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang pukul 13.00, tidak mengalami gangguan saat tidur. Saat ini klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang sekitar pukul 13.30-14.30. Klien tidak mengalami gangguan tidur.

6. Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

Keluhan subjektif neyeri (PQRST)

P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R: Nyeri pada kepala bagian belakang

S: Skala nyeri 4 (1-10)

T: Nyeri dirasakan 1-2 menit. Dirasakan ketika klien bangun tidur

7. Pola Presepsi atau Konsep Diri

Pola presepsi atau konsep diri saat sakit dan sebelum sakit

Gambaran diri: klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya karena itu pemberian dari Tuhan. Identitas diri: klien adalah seorang ibu dan memiliki empat orang anak. Ideal diri: klien mengatakan percaya diri. Peran: klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

8. Pola Peran dan Hubungan Antara Sesama

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja. Saat ini klien juga bahwa hubungan dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja.

9. Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stres

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga,

klien mengatakan menyelesaikannya bersama anaknya. Saat ini klien hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh.

10. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan dirinya beragama katolik dan setiap hari minggu klien ke gereja. Saat ini klien tidak bisa pergi ke gereja seperti yang biasa dilakukan dan saat ini klien hanya bisa serahkan semuanya kepada tuhan dan berharap tuhan akan menolongnya.

2) Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum klien: kesadaran composmentis. GCS 15,
Dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).

Pemeriksaan Head to To:

Kepala:

Inspeksi: Bentuk kepala simetris

Palpasi: Tidak ada benjolan

Rambut:

Inspeksi: Rambut berwarna hitam, tampak bersih,

Mata:

Inspeksi: konjungtiva anemis, skelera tidak ikterik

Palpasi: tidak ada edema

Telinga:

Inspeksi: tidak mengeluarkan cairan dari dalam telinga

Mulut:

Inspeksi: bibir tampak pucat, bicara pelo, gigi tampak bersih

Leher:

Inspeksi: tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis

Dada:

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada

Auskultasi: bunyi napas vasikuler

Abdomen:

Inspeksi: bentuk abdomen simetris

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: bising usus 18x/menit

Integumen:

Inspeksi: kulit tampak pucat CRT > 3 detik, turgor kulit menurun

Ekstermitas kanan atas:

Inspeksi: tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit

Ekstermitas kiri atas:

Inspeksi: tidak ada kelainan

Ekstermitas kanan bawah:

Inspeksi: tidak ada kelainan

Ekstermitas kiri bawah:

Inspeksi: tampak lemah

2. Tanda-tanda vital

TD: 190/80 mmHg, N: 80x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit,
SPO₂: 98%.

3) Studi Dokumentasi

a. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 10 Mei 2024
(Data Primer RSUD Ende, 2024).

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	7.2	10 ³ /uL	3.60 - 11.00
RBC	3.09	10 ⁶ /uL	3.6 - 5.3
HGB	5.80	g/dl	11.7-15.5
HCT	20.7	%	30.2- 42.3
MCV	67.0	FL	78.6-102.2
MCH	18.8	pg	25.2-34.7
MCHC	28.0	g/dl	31.3-35.4
PLT	579	10 ³ /uL	128.0-434
RDW	16.9	%	10.6-15.7
PDW	7.9	fl	9.4- 18.1
MPV	7.1	Fl	8.5-12.4
P.LCR	7.6	%	14.3-7.44
NEUT%	57.0	%	43.7- 77.1
LYMPH%	28.9	%	15-45.8
MVD%	14.1	%	1.3- 25.9
NEUT#	4.1	10 ³ /uL	1.6-6.9
LYMPH%	2.1	10 ³ /uL	0.9-2.8
MVD	1.0	10 ³ /uL	0.1-1.6

Terapi pengobatan (Data primer RSUD Ende,2024)

Table 4.2 Terapi Pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	1 gr /8 jam/ IV
2.	Captopril	25 mg/ 8 jam/ Oral
3.	Asam Tranexamamide	500 mg /8 jam/ Oral
4.	Vit K	1 amp/ 24 jam/IM
5.	Omeprazole	40 mg / 12 Jam IV

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang disertai pusing, dan badan terasa lemah. Nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 4 (1-10), klien tampak meringis, kulit tampak pucat konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, tampak meringis, bicara pelo, kelemahan pada ekstermitas kiri bawah, kuku tampak pucat, turgor kulit menurun CRT >3 detik, HB: 5.80 gr/dl. Terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes/menit TD:180/90 mmHg N: 80x/menit S:36, 6^o C RR: 20X/menit SPO₂:98%.

c. Klasiikasi Data

DS: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, disertai pusing dan badan terasa lemah.

DO: kulit tampak pucat, klien tampak meringis skala nyeri 4 (nyeri sedang), bibir tampak pucat, konjngtiva anemis,kuku tampak pucat, turgor kulit menurun detik, CRT >3 detik, HB:5.80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/90 mmHg, N:80x/menit, S:36,6^oC, RR:20x/menit, SPO₂:98%

d. Analisa Data

1). Data subjektif: -

Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit menurun,CRT >3 detik Hb: 5,80 gr/dl. TD:180/90 mmHg N:80x/menit S:6,6^oC RR:20x/menit SPO₂:98%. Etiologi: peningkatan tekanan darah. Problem: perfusi

perifer tidak efektif.

2). Data subjektif: Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang
nyeri seperti di tusuk-tusuk.

Data objektif: klien tampak meringis, skala nyeri 4 (1-10), Etiologi:
agen pencedera fisiologis. Problem: Nyeri akut

3). Data subjektif: klien mengatakan badannya terasa lemah

Data objektif: klien tampak pucat, kelemahan pada ekstermitas kiri
bawah, Hb: 5,80 gr/dl terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit,
TD: 180/90 mmHg SPO₂: 98% Etiologi: kelemahan fisik, Problem:
Intoleransi aktivitas

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas masalah dari kasus ini adalah perfusi perifer tidak efektif karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah nyeri akut dan intoleransi aktivitas merupakan prioritas kedua dan ketiga karena dapat mengancam kesehatan.

a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif: -

Data objektif: Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis,
bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit menurun, CRT >3
detik Hb: 5,80 gr/dl. TD:180/90 mmHg N:80x/menit S:36,6°C
RR:20x/menit SPO₂:98%.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif: Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri seperti di tusuk-tusuk.

Data objektif: klien tampak meringis, skala nyeri 4 (1-10), N: 8x menit

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan:

Data subjektif: : klien mengatakan badannya terasa lemah

Data objektif: klien tampak pucat, kelemahan pada ekstermitas kiri bawah, Hb: 5,80 gr/dl, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 180/90 mmHg SPO₂: 98%

4. Intervensi Keperawatan

Tujuan keperawatan dari diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1, warna kulit pucat menurun. 2, pengisian kapiler membaik. 3. turgor kulit membaik. 4,tekanan darah sistolik membaik. 5, tekanan darah diastolik membaik.

- a. Intervensi keperawatan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu: 1. periksa sirkulasi perifer. (mis. Edema, pengisian kapiler, warna kulit, dan suhu) Rasional: diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

2: monitor panas, kemerahan, dan bengkak pada ekstermitas. Rasional: kondisi panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas adalah tanda gangguan sirkulasi 3: identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi. Rasional: mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan sirkulasi. 4: anjurkan penggunaan obat pengontrol tekanan darah. Rasional: mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal. 5: ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Rasional: mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program yang ditetapkan serta untuk memperbaiki sirkulasi.

- b. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Memiliki Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1: keluhan nyeri menurun. 2: meringis menurun. 3: tekanan darah membaik.

Rencana tindakan: yang akan dilakukan yaitu: 1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional: menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan. 2: identifikasi skala nyeri. Rasional: menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan. 3: fasilitasi istirahat dan tidur. Rasional: membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit. 4: kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Rasional: Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri. 5: ajarkan teknik nonfarmakologis untuk

mengurangi rasa nyeri. Rasional: Terapi nonfarmakologis melalui peningkatan endorphen transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas nyeri. 6: kolaborasi pemberian analgetik. Rasional: pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.

- c. Diganosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Memiliki tujuan yaiu : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil. 1: keluhan lelah menurun. 2: warna kulit membaik. 3: perasaan lemah menurun. 4: tekanan darah membaik. 5. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik. Rencana tindakan yang akan dilakukan 1: Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas rasional: dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan 2: Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat rasional: meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 3: anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat. Rasional: Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.

5. Implementasi Keperawatan

1. Hari jum'at tanggal 10 Mei 2024 pukul: 08.00

- a. Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 08.00 WITA melakukan vital sign. Hasil: TD: 180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36,6°C RR:

20x/menit SPO₂: 98%. jam 08:10 wita memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, Suhu 36,5°C. 07:35 wita memonitor panas kemerahan nyeri dan bengkak pada ekstermitas hasil: tidak panas, tidak ada kemerahan tidak ada nyeri dan bengkak pada ekstermitas pukul 08.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 09.10 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi. Hasil: klien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak delapan tahun yang lalu. Pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan serta mengurangi konsumsi garam dan kopi secara berlebihan. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

b. Nyeri akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Pukul 08.10 WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Pukul 08.15 WTA mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 08.25 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan

pada klien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 09.00 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Pukul 10.00 mengkolaborasi pemberian analgetik. Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV. Pukul 11.30 WITA menganjurkan klien untuk istirahat.

c. Intoleransi aktivitas

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 11.30 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas, pukul 13.30 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.

6. Evaluasi

a. Hari Jumat, 10 Mei 2024 pukul 14.00 WITA

1) Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: klien masih mengeluh pusing

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik
H:5,80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9%
20 tetes/menit. TD:180/90 mmHg, N:83x/menit, S:36,8°C
:20x/menit, SPO₂:99%

Asesment: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing: intervensi dilanjutkan

2) Nyeri akut

Subjektif : Klien mengatakan kepalanya masih terasa sakit

Objektif : Klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),

Asesment : Masalah nyeri akut belum teratasi

Planing : Intervensi dilanjutkan

3) Intoleransi aktivitas

Subjektif: klien mengatakan badannya masih terasa lemas

Objektif: klien tampak pucat, konjuntiva anemis, CRT >3 detik

kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit,

Asesment: masalah intoleansi aktivitas belum teratasi

Planing: intervensi dilanjutkan

b. Hari sabtu tanggal 11 Mei 2024 pukul: 08.00

1. Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 07.00 WITA melakukan vital sign. Hasil: TD: 160/90 mmHg N: 87x/menit S: 36, 8^o C RR: 20x/menit SPO₂: 99 %. Pukul 08. 40 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. Pukul 10.40 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan. pukul12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25

mg/oral.

2. Nyeri akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Pukul 08.00 WITA mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 10.00 WITA mengkolaborasi pemberian analgetik. Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV pukul 10.30 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada klien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 11.00 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Pukul 13.00 WITA menganjurkan klien untuk istirahat.

3. Intoleransi aktivitas

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 11.30 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, pukul 12.30 WITA menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, pukul 13.30 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.

c. Hari Sabtu 11 Mei pukul 14.00 WITA

1. Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: klien mengeluh masih merasa pusing

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak Pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik
H:5,80 gr/dl. TD:150/90 mmHg, N:88x/menit, S:36,8⁰C,
RR:18x/menit, SPO₂:99%

Asesment: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing: intervensi dilanjutkan

2. Nyeri akut

Subjektif : Klien mengatakan sakit kepala berkurang ek

Objektif : Klien tampak nyeri

Asesment : Masalah nyeri akut teratasi sebagian

Planing : Intervensi dilanjutkan

3. Intoleransi aktivitas

Subjektif : Klien mengatakan badannya masih terasa lemas

Objektif : Klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, Asesment: masalah intoleansi aktivitas belum teratasi

Planing : Intervensi dilanjutkan

d. Minggu 12 Mei 2024 pukul 08.00 WITA dilakukan catatan perkembangan

1. Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: klien masih mengeluh pusing

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak Pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik H:5,

80 gr/dl. kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:140/90 mmHg, N:82x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, SPO2 : 98%.

Asesment: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing: intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan

Implementasi: pukul 08.00 melakukan vital sign. Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 82X/menit S: 36,8⁰ C, RR: 20X/menit SPO₂: 98%. Jam 09 40 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 10.40 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

Evaluasi: pukul 13.00

Subjektif: klien mengeluh pusing berkurang

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat berkurang, kuku tampak pucat, turgor kulit membaik, CRT >3 detik Hb:5,80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. Intervensi dihentikan

2. Nyeri akut

Subjektif: klien mengatakan sakit kepala yang dirasakan sudah mulai berkurang.

Objektif: klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri ringan).
kesadaran composmetis TD: 140/90 mmHg, N:82x/menit, S:
36,8°C, RR: 20x/menit, SPO₂ : 98%, terpasang infus Nacl 20
tetes/menit. Assesmant: Masalah nyeri akut sebagian teratasi.

Planning: Lanjutkan ntervensi 1 dan 2 dan 6

Implementasi: pukul 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan
reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil klien mengatakan
nyeri sudah tidak dirasakan, klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-
10). Jam 10.00 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV

Evaluasi: pukul 13.00 WITA

Subyektif: klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.

Obyektif: klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10).

Masalah nyeri akut telah teratasi. Hentikan intervensi.

3. Intoleransi aktivitas

Subyektif: Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah
lagi.

Obyektif: Tampak segar, dan masih tampak pucat.

Assesment: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning: intervensi dilanjutkan

Implementasi:

Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu
banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah
mengurangi aktiviatas. Pukul 09.15 WITA menganjurkan pasien

untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, klien serta keluarga menyanggupinya.

Evaluasi pukul 13.00: klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi, klien tampak segar, pucat berkurang. Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi. Hentikan intervensi.

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan pada Ny.M dengan diagnosa medis hipertensi menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata), yang ditemukan pada klien Ny.M di Rumah Sakit Umum Daerah Ende di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang disertai pusing dan badan terasa lemah. Nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 4 (nyeri sedang) kulit tampak pucat konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, tampak meringis, bicara pelo, terdapat kelemahan pada ekstermitas kiri bawah, kuku tampak pucat, turgor kulit > 2 detik CRT >3 detik HB: 5.80 gr/dl. Terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes/menit TD:180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36, 6° C RR: 20X/menit SPO₂:98%.

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana tanda dan gejala hipertensi yang muncul pada kasus nyata hanya nyeri kepala. Sedangkan pada teori tanda dan gejala

hipertensi meliputi nyeri kepala, gangguan penglihatan, mual muntah, nyeri dada, sesak napas, bercak merah di mata, dan muka memerah. Namun tidak semua penderita hipertensi akan mengalami gejala-gejala ini.

Menurut Sari (2020) Gejala gangguan penglihatan pada pasien dengan hipertensi muncul jika terjadi gangguan sirkulasi pada daerah mata yang menghambat aliran darah ke retina mata. Gejala mual dan muntah terjadi karena adanya peningkatan tekanan di dalam kepala. Gejala nyeri dada terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Gejala sesak napas terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah. Bercak merah di mata biasanya ditemukan pada individu dengan diabetes. Tidak semua pasien hipertensi mendapat gejala yang sama seperti pada teori. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2017) yang mengatakan bahwa dalam banyak kasus hipertensi baru diketahui tanda dan gejala seperti yang sudah disebutkan di atas ketika sudah terjadi komplikasi.

Hasil pengkajian yang lain yang didapat pada kasus yaitu adanya gejala kelemahan pada anggota gerak bawah, dan bicara pelo dimana gejala tersebut mengarah pada TIA (*Transient Ischaemic Attack*) atau gejala stroke ringan. Berdasarkan pemeriksaan laboratorium pasien ini juga mengalami anemia dengan kadar Hb: 5,80 gr/dl. Hal ini menunjukkan bahwa lansia yang menderita hipertensi bisa juga mengalami anemia karena mengalami perubahan fungsi tubuh. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Effendi et al., (2022) yang mengatakan

bahwa anemia sering terjadi pada lansia dengan hipertensi karena mengalami perubahan pada tubuh yang menyebabkan kerusakan pada sum-sum tulang sehingga terjadi penurunan produksi sel eritrosit yang dapat berakibat pada kekurangan hemoglobin. Sedangkan menurut Ekasari (2021) kadar hemoglobin rendah pada pasien bisa diakibatkan, karena adanya peningkatan tekanan darah yang menstimulasi respon inflamasi seperti permeabilitas vaskuler.

2. Diagnosa keperawatan

Secara teori diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi ada 6 yaitu: 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload: 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah: 3) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis: 4) hipervolemia berhubungan kelebihan asupan cairan: 5) intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin: 6) resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada klien Ny.M yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi: 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah; 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata hanya diangkat tiga diagnosa keperawatan sedangkan pada teori terdapat enam diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada kasus dan terdapat secara teori yaitu

perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Diagnosa yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus nyata yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan. Diagnosa penurunan curah jantung tidak diangkat karena pada saat dikaji klien tidak mengeluh sesak napas, lelah dan tidak ada gambaran hasil EKG dimana data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan tidak diangkat karena pada saat dikaji pasien tidak mengeluh mual dan muntah serta data objektif seperti edema pada ekstremitas, frekuensi nadi meningkat dan data lainnya tidak terdapat pada kasus. Sedangkan untuk diagnosa resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan juga tidak diangkat dikarenakan klien tidak memiliki gangguan penglihatan seperti mengeluh penglihatan kabur.

Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus. Hal ini berarti tidak semua penderita hipertensi akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien. Hipertensi yang terjadi pada kasus disebabkan oleh faktor genetik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ekasari (2021) yang mengatakan bahwa faktor genetik cukup berperan terhadap timbulnya hipertensi. Namun faktor tersebut dapat dicegah apabila klien menjaga pola hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Vera (2021) yang mengatakan bahwa strategi untuk manajemen tekanan darah tergantung pada manajemen

perawatan diri pasien, atau kemampuan atau kemauan pasien untuk mengubah dan mempertahankan perilaku tertentu.

Untuk diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif data subektif pada teori tidak tersedia namun pada kasus terdapat keluhan pusing dikarenakan kadar Hb pada pasien menurun yaitu 5,80 gr/dl. Data objektif yang ada pada teori dan ada pada kasus yaitu: CRT > 3 detik, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Sedangkan data objektif yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu akral teraba dingin.

Untuk diagnosa keperawatan nyeri akut data subjektif yang terdapat kasus sesuai dengan yang ada pada teori dimana pasien mengeluh nyeri kepala bagian belakang. Data objektif yang terdapat pada kasus dan ada pada teori yaitu pasien tampak meringis. Sedangkan data objektif yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, dan gelisah.

Untuk diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas data subjektif yang terdapat pada kasus dan ada pada teori yaitu pasien merasa lemah. Sedangkan data subjektif yang ada pada teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu dsispnea saat/setelah aktivitas dan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas. Data objektif yang terdapat pada teori namun tidak terdapat pada kasus yaitu gambaran EKG dan sianosis. Data objektif lain yang terdapat pada kasus yaitu terdapat kelemahan pada ekstermita kiri bawah.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Ny.M disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama. Namun Intervensi pemberian produk darah untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif tidak dilakukan karena keterbatasan waktu studi kasus. Sedangkan untuk dua diagnosa lainnya seperti nyeri akut dan intoleransi aktivitas diberikan sesuai dengan intervensi pada tinjauan teoritis. Sedangkan menurut Ainun et al., (2022) intervensi yang diberikan pada pasien hiperetnsi yaitu dengan menggunakan terapi komplementer *foot massage* untuk menurunkan tekanan darah, menginstruksikan pasien untuk selalu memantau kondisi kesehatannya, mengajarkan pasien dan keluarga pasien alternatif tindakan yang dapat dilakukan untuk mengontrok masalah kesehatan, seperti penerapan terapi komplementer *foot massage* untuk menurunkan tekanan darah.

Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny.M dengan diagnose medis hipertensi berdasarkan ketiga diagnosa yang telah ditemukan selama tiga hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif dan intoleransi aktivitas.

Hasil implementasi diharapkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah di atas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 10 Mei 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 11 Mei 2024 dan catatan perkembangan dilaksanakan pada tanggal 12 Mei 2024. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Terdapat perbedaan antara teori dan kasus. Pada pasien dengan Hb: 5,80 gr/dl seharusnya diberikan transfusi darah akan tetapi pada saat melakukan studi kasus pasien ini belum mendapatkan transfusi darah namun masih dalam perencanaan.

Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah sebagian, serta pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Menurut Toto & Taufik (2022) implementasi yang dapat diberikan pada penderita hipertensi yaitu dengan melakukan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan terbukti mampu

meningkatkan pengetahuan tentang kualitas hidup penderita hipertensi meningkat. Karena pendidikan kesehatan sangat erat kaitannya dengan bertambahnya pengetahuan para pasien sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan para pasien khususnya tentang kualitas hidup penderita hipertensi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan, perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Budiono & Pertami, 2015)

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny.M evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Ny.M yaitu untuk masalah keperawatan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis masalah sudah teratasi dimana pasien

mengatakan nyeri tidak dirasakan lagi. Untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian teratasi dimana klien mengeluh pusing berkurang, kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat berkurang, kuku tampak pucat, turgor kulit membaik, CRT >3 detik Hb:5,80 gr/dl. Klien belum mendapat transfusi. Untuk masalah keperawatan untuk intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik diperoleh hasil masalah teratasi yang ditandai tidak mengeluh badan lemah lagi. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam studi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambatnya jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dan studi kasus pada klien Ny.M dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan Pengkajian pada pasien Ny.M. dengan diagnosa medis Hipertensi ditemukan data klien mengalami pusing, sakit kepala, , badan terasa lemah saat dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan wajah tampak meringis, wajah pucat, turgor kulit menurun, konjungtiva anemis TD: 180/90 mmHg, CRT >3 detik. Hb: 5,80 g/dl. , aktivitas dibantu keluarga seperti mengenakan baju, toileting, makan/minum, dan lain sebagainya.
2. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny.M yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan disesuaikan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga. Namun terdapat satu intervensi yang tidak dilakukan yaitu intervensi pemberian produk darah.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan

penderita dalam mengkonsumsi obat hipertensi secara teratur.

5. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Ny.M diperoleh hasil bahwa masalah perfusi perife tidak efektif sebagian teratasi, masalah nyeri akut teratasi, dan masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus dengan data secara teoritis yaitu pada pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi

B. Saran

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

1. Bagi RSUD Ende

Lebih meningkatkan penyediaan fasilitas pelayanan atau alat-alat perawatan rumah sakit yang memadai sehingga mampu mengatasi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit hipertensi

2. Bagi Perawat Ruangan

Lebih meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga terbinanya hubungan saling percaya diantara perawat dan klien serta diharapkan perawat mampu mempertahankan hal-hal yang sudah baik yang telah dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien diruangan perawatan khusus.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan dapat meningkatkan kapasitas dan kualitas dan

kualitas pendidikan agar informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan.

4. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan untuk mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan baik dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

DAFTAR PUSTAKA

- Adam, A. G. A., Jeini, E. N., & Windy, M. V. W. (2018). kejadian hipertensi dan riwayat keluarga menderita hipertensi di puskesmas Paceda kota Bitung. jurnal kesehatan masyarakat
- Agustin, B. Y. (2020). Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Dengan Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Andalas, Vol. 8.*
- Ainun H. H & Agianti A, (2022) Aasuhan keperawatan pada pasein dengan diagnosa hipertensi melalui intervensi foot massage di Desa Sungai Rangas. *Jurnal Keperawatan Klinis dan Komunitas.* <https://jurnal.ugm.ac.id/jkk/article/download/75430>
- Andika, F. S. Safitri S., Husna A., Rahmi. N & Rizki. G (2022). Analisis kepatuhan pasien hipertensi terhadap penggunaan obat generik di wilayah kerja puskesmas Mane Kabupaten Pidie Regency. *Journal of Healthcare Technology and Medicien vol. 8 No. 1. Universitas Ubidiyah Indonesia*
- Athiyya, Noor, Lisa Fitriani. 2021. Penyuluhan hipertensi melalui wahtsapp group sebagai upaya pengendalian hipertensi vol. 4
- Budiono & Pertami, S. B. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan.* Jakarta: Bumi Medika.
- Dinkes Kabupaten Ende. (2023). *Kasus Hipertensi di Kota Ende Laporan Tahunan.* Ende.
- Dinkes NTT 2022 Kasus hipertensi du Nusa Tenggara Timur. *Profil Kesehatan NTT.* www.Depkes.co.id (dikutip pada tanggal 5 januari 2023)
- Effendi E. Yurman, Mardiansyah B (2022) Skrining anemia pada lansia melalui pemeriksaan hemoglobin di wilayah kerja puskesmas desa Sukasari. <https://jurnal.aiptlmi.id/index.php/joimedlabs/article/download/12039/972>
- Ekasari. (2021). *Hipertensi: Kenali Penyebab, Tanda Gejala dan Penangnannya.* Jakarta: Poltekkes Kemenkes Jakarta 2021
- Habel, P. G. (2019). Hubungan Kualitas Tidur dengan Nyeri Kepala Primer pada Masyarakat Derah Pesisir Desa Nusalaut, Ambon. *Smart Medical Journal.*
- Hidayat R., & Agenisia Y. (2021). Faktor resiko hipertensi Pulau Jambu asyarakat di Pulau Jambu UPTD BLUD Kecamatan Kuok Kabupaten Kampar. *Jurnal Ners.* <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php.nres>
- [https:// Alodokter \(2020\) - Info Kesehatan, Booking dan Chat Dokter](https://Alodokter.com) Anatomi

jantung diakses tanggal 12 Februari 2024

- Imam, F. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Klien Hipertensi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Dahlia Rsud Ciamis.
- Jaelyin. (2020). Daftar Komplikasi Hipertensi yang Mesti Diwaspadai. Infosehat.
- Joyce. (2014). Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8. Jakarta: Elsevier.
- Kemenkes, RI. 2019. (Kasus hipertensi di Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia www.Depkes.co.id.2021 (dikutip pada tanggal 21 desember 2023)
- Mahfud, M. Barasila, B., & Indrayani (2019). Dukungan Sosial Berhubungan Dengan Self Care Management Pada Lansia Hipertensi di Puskesmas
- Sedayu. Jurnal Kebidanan dan Keperawatan, 10 (2).700-712.<https://doi.org/10.33859/dksm.v10i2.463>
- Nareza. (2020). Ketahui Tekanan Darah Normal Menurut WHO.<http://www.alodokter.com/ketahui-tekanan-darah-menurut-who>.
- Novitasari, D. &. (2018). Penurunan Nyeri Kepala Pada Lansia Dengan Hipertensi Menggunakan Relaksasi Autogenik Di Kelurahan Mersi Purwokerto. Media Ilmu Kesehatan.
- Nurjana & Sahabudin (2022). Keputusan Berwirausaha Kalangan Wanita di Kota Makassar. Yogyakarta: Nas Media Pustaka.
- Nursukma D., Fatmawati R. Baiq., Rispawati H. B., & Ruslama P. H., (2022) Tingkat kualitas hidup penyandang hipertensi melalui promosi kesehatan Jurnal pepadu <http://lppm.unram.ac.id/index/php/jurnalpepadu/index>
- Pangkey, B. C. (2021). Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Pertami, B. &. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Bumi Medika.
- PPNI. (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan . Jakarta: DPP PPNI.
- Profil RSUD Ende 2023 Laporan kasus hipertensi di RSUD Ende tahun 2023
- Puspita, T. E. & Rismawan , D. (2019). Hubungan Efikasi Diri Dengan Kepatuhan Diet Pada Penderita Hipertensi. Jurnal kesehatan Indra Husada, 7(1)

32,<https://doi.org/10.36973/jkih.v7i1.159>

- Riskesdas. (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, http://www.depkes.go.id/resources/dwonlod/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%Riskesdas%2018.pdf-Diakses Januari 2024.
- Sari, N. (2020). Asuhan keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi Yang di Rawat di Rumah Sakit. in *Journal of chemical Information and Modeling*, (Vol.53, issue 9) <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI-NovitaPuspitaSari.pdf>.
- Sedayu. *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 10 (2).700-712.<https://doi.org/10.33859/dksm.v10i2.463>
- Sudrajad, D. G. (2018). *Hipertensi: kenali, gejala, cara mencegah & mengobati*. Jakarta: <http://ciputrahospital.com/hipertensi-kenali-gejala-cara-mencegah-mengobati/>.
- Suprpto, H. N. (2022). *Keperawatan medikal bedah*. PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI.
- Toto H & Taufik A (2022) Asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dengan edukasikesehatan. <https://jurnal.stikesalmaarif.ac.id/index.php/lenteraperawat/article/download/179/177>
- Trisnalia & Krisno (2022). Sebaran pelayanan kesehatan penderita hipertensi di Kabupaten Kupang dengan aplikasi QGIS *Jurnal Kesehatan*
- UINSU. (2020). *Pedoman Pencegahan Penyakit Hipertensi*. Medan: CV. Kencana Emas Sejahtera.
- Umeda. (2020). *Modul Hipertensi*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan-Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Vera K. & Desti N (2021) Manajemen Diri perilaku sehat pada pasien hipertensi. *Jurnal keperawatan Akper Medan*. <https://jurnal.kesdammedan.ac.id/index.php/jurhesti/article/download/223/133>
- WHO. Hipertension. 2022. <https://www.who.int/weaternpacific/health-tropics/mental-health> (Dikutip pada tanggal 15 desember 2023)



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

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. M DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Ny. M
Umur : 59 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Wolowona
Agama : katolik
Pendidikan : SD
Diagnosa medik : Hipertensi

b. Keadaan umum

1) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang

b) Riwayat kesehatan sekarang

Nyeri kepala dirasakan sejak 30 menit sebelum masuk UGD. Klien di bawah ke RSUD Ender menuju UGD pada hari Kamis (9 Mei 2024) pukul 21.30 WITA, dengan keluhan nyeri kepala bagian belakang disertai pusing. Badan terasa lemah, klien tampak terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm di tangan sebelah kanan.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien menderita penyakit hipertensi sejak 8 tahun lalu. Klien juga pernah di rawat di RSUD Ende tepatnya pada tanggal 7 April 2023 dengan keluhan yang sama yakni nyeri kepala bagian belakang, disertai pusing dan badan terasa lemah. Klien diberikan obat penurun tekanan darah tinggi yaitu captopril. Pasien tidak berobat teratur.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ayahnya juga menderita tekanan darah tinggi

c. Pengkajian Perpola

1) Pola Presepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien di rawat di rumah, namun jika sakitnya tidak dapat ditangani klien selalu berobat ke Puskesmas. Klien mengatakan tidak teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat. Saat ini klien mengatakan

bahwa sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang peduli dalam menjaga kesehatan.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Klien mengatakan kebiasaan sehari-hari makan minum 3x dalam sehari, jenis makanan yang dimakan seperti nasi, ubi, sayur, dan lauk sesekali. Porsi makan yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih sehari 7-8 gelas (± 1.7050 cc). Selain minum air putih klien juga minum kopi dua kali dalam sehari yaitu di pagi dan sore hari. Saat ini klien makan dengan komposisi nasi, sayur dan daging ayam disertai buah-buahan. Porsi yang disediakan dapat dihabiskan. Klien minum air putih 7-8 gelas sehari. BB klien 63 kg dan TB: 157 cm. Rumus $IMT = \frac{BB}{TB^2}$ $\frac{63}{1,57^2} = \frac{63}{2,4649} = 25,5$ (BB Ideal) Tidak ada perubahan berat badan sebelum dan saat sakit.

3) Pola Eliminasi

Klien mengatakan biasa buang air besar satu kali/hari, konsistensi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas. Saat ini klien mengatakan BAB satu kali sehari, warna kuning kecoklatan dan bau khas feses. Sebelum sakit klien mengatakan BAK lancar frekuensi 4-5 kali/hari. Saat ini klien buang air kecil warna kuning, bau pesing.

4) Pola Aktivitas dan Istirahat

Klien mengatakan bahwa sebelum sakit klien dapat melakukan

aktivitas sendiri (makan, mandi, berpakaian, buang air besar, buang air kecil) serta melakukan aktivitas lain sebagai pekerjaan rutinitas ibu rumah tangga. Saat ini klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti sebelumnya dan klien juga mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarganya. Klien hanya bisa terbaring lemah ditempat tidur.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang pukul 13.00, tidak mengalami gangguan saat tidur. Saat ini klien bisa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang sekitar pukul 13.30-14.30. Klien tidak mengalami gangguan tidur.

6) Pola Kognitif dan Presepsi Sensori

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada kepala bagian belakang

S : Skala nyeri 4 (1-10)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit. Dirasakan ketika klien bangun tidur

7) Pola Presepsi Konsep Diri

Pola presepsi atau konsep diri saat sakit dan sebelum sakit

Gambaran diri: klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya karena itu pemberian dari Tuhan. Identitas diri: klien adalah seorang ibu dan memiliki empat orang anak. Ideal diri: klien mengatakan percaya diri. Peran: klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya. Harga diri: klien mengatakan harga dirinya tinggi.

8) Pola Peran dan Hubungan Antar Sesama

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja. Saat ini klien juga bahwa hubungan dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja

9) Pola Mekanisme Penyesuaian Toleransi Terhadap Stres

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, klien mengatakan menyelesaikannya bersama anaknya. Saat ini klien hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh

10) Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan dirinya beragama katolik dan setiap hari minggu klien ke gereja. Saat ini klien tidak bisa pergi ke gereja seperti yang biasa dilakukan dan saat ini klien hanya bisa serahkan semuanya kepada tuhan dan berharap tuhan akan menolongnya.

d. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum klien: Kesadaran composmetis, GCS, 15 dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (bicara spontan), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Terpasang cairan infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit di tangan kanan.

Pemeriksaan Head to To:

Kepala:

Inspeksi: Bentuk kepala simetris

Palpasi: Tidak ada benjolan

Rambut:

Inspeksi: Rambut berwarna hitam, tampak bersih,

Mata:

Inspeksi: konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik

Palpasi: tidak ada edema

Telinga:

Inspeksi: tidak mengeluarkan cairan dari dalam telinga

Mulut:

Inspeksi: bibir tampak pucat, bicara pelo, gigi tampak bersih

Leher:

Inspeksi: tidak ada pembesaran vena jugularis

Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis

Dada:

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dada

Auskultasi: bunyi napas vasikuler

Abdomen:

Inspkasi: bentuk abdomen simetris

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: bising usus 18x/menit

Integumen:

Inspkasi:kulit tampak pucat CRT> 3 detik, turgor kulit menurun

Ekstermitas kanan atas:

Inspeksi: tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit

Ekstermitas kiri atas:

Inspeksi: tidak ada kelainan

Ekstermitas kanan bawah:

Inspeksi: tidak ada kelainan

Ekstermitas kiri bawah:

Inspeksi: tampak lemah

Tanda-tanda vital:

TD: 190/80 mmHg

N: 80x/menit

S: 36,6°C

RR: 20x/menit

SPO₂: 98%.

e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 10 Mei 2024 (Data Primer RSUD Ende, 2024).

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	7.2	10 ³ /uL	3.60 - 11.00
RBC	3.09	10 ⁶ /uL	3.6 - 5.3
HGB	5.80	g/dl	11.7-15.5
HCT	20.7	%	30.2- 42.3
MCV	67.0	FL	78.6-102.2
MCH	18.8	pg	25.2-34.7
MCHC	28.0	g/dl	31.3-35.4
PLT	579	10 ³ /uL	128.0-434
RDW	16.9	%	10.6-15.7
PDW	7.9	fl	9.4- 18.1
MPV	7.1	Fl	8.5-12.4
P.LCR	7.6	%	14.3-7.44
NEUT%	57.0	%	43.7- 77.1
LYMPH%	28.9	%	15-45.8
MVD%	14.1	%	1.3- 25.9
NEUT#	4.1	10 ³ /uL	1.6-6.9
LYMPH%	2.1	10 ³ /uL	0.9-2.8
MVD	1.0	10 ³ /uL	0.1-1.6

Terapi pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	1 gr /8 jam/ IV
2.	Captopril	25 mg/ 8 jam/ Oral
3.	Asam Tranexamamide	500 mg /8 jam/ Oral
4.	Vit K	1 amp/ 24 jam/IM
5.	Omeprazole	40 mg / 12 Jam IV

B. Tabulasi Data

Klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang disertai pusing, dan badan terasa lemah. Nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 4 (nyeri sedang), klien tampak meringis, kulit tampak pucat konjungtiva anemis, bibir

tampak pucat, tampak meringis, bicara pelo, kelemahan pada ekstermitas kiri bawah, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik CRT >3 detik, HB: 5.80 gr/dl. Terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes/menit TD:180/90 mmHg N: 80x/menit S:36, 6^o C RR: 20X/menit SPO₂:98%.

C. Klasifikasi Data

DS: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, disertai pusing dan badan terasa lemah.

DO: kulit tampak pucat, klien tampak meringis skala nyeri 4 (nyeri sedang), bibir tampak pucat, konjngtiva anemis, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik, HB:5.80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/90 mmHg, N:80x/menit, S:36,6^oC, RR:20x/menit, SPO₂:98%

D. Analisa Data

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

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: Klien mengeluh pusing DO: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik Hb: 5,80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/90 mmHg N:80x/menit S:6,6 ^o C RR:20x/menit SPO ₂ :98%.	Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif
2.	DS: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang nyeri sepetri di tusuk-tusuk.	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

DO: klien tampak meringis,
 skala nyeri 4 (nyeri sedang),
 kesadaran composmetis
 terpasang infus Nacl 0,9 %
 TD:190/80 mmHg,
 N:80x/menit, S:36,6⁰C,
 RR:20x/menit, SPO₂:98%.

3.	DS: klien mengeluh badannya terasa lemah DO: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, bicara pelo, kelemahan pada ekstermitas kiri bawah, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD:180/90 mmHg N:80x/menit S:36,6 ⁰ C RR:20x/menit SPO ₂ :98%.	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas
----	--	--------------------	--------------------------

E. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif: klien mengeluh pusing

Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik Hb:5,80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit.
 TD: 180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36,6⁰C RR :20x/menit SPO₂:98%.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif: klien mengatakan nyeri kepala bagian belakang

Data objektif: klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD:190/80 mmHg, N:80x/menit, S:36,6⁰C, RR:20x/menit, SPO₂:98%.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan:

Data subjektif: klien mengatakan badannya terasa lemas

Data objektif: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, bicara pelo, kelemahan pada ekdtermitas kiri bawah, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36,6⁰C RR: 20x/menit SPO₂: 98%.

F. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Perfusiper perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan DS: klien mengeluh pusing. DO: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik,CRT >3 detik Hb:5,80gr/dl.Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20	Seteladilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1, warna kulit pucat menurun. 2, pengisian kapiler membaik. 3. turgor kulit membaik. 4,tekanan darah sistolik membaik. 5, tekanan darah diastolik membaik.	1. Periksa sirkulasi perifer. 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Anjurkan minum obat 4. pengontroltekanandarah 5. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi	1. Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. 2. Mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan sirkulasi 3. Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal 4. Mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program yang ditetapkan serta untuk memperbaiki sirkulasi.

	tetes/menit. TD: 180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36,6°C RR :20x/menit SPO ₂ :98%.			
2	Nyeri akut berhubungan dengan DS: klien mengatakan nyeri kepala bagain belakang DO: klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD:190/80 mmHg, N:80x/menit, S:36,6°C, RR:20x/menit, SPO ₂ :98%.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. keluhan nyeri menurun. 2. meringis menurun. 3. tekanan darah membaik.	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. identifikasi skala nyeri 3. fasilitasi istirahat dan Tidur 4. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. kolaborasi pemberian analgetik	1. Menentukan tindakanyang tepat bagi pasiensusuai kondisi nyeri yang dirasakan 2. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan 3. Membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit 4. Rangsangan yang berlebihan dari lingkunganakanmemperberat rasa nyeri 5. Terapi nonfarmakologis melalui peningkatan endorphin transmisi sinyal antara sel saraf

				menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas nyeri pemberian analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan DS:	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan lelah menurun. 2. warna kulit membaik. 3. perasaan lemah menurun. 4. tekanan darah membaik. 5. Kekuatan tubuh 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas 2. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3. Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan 2. Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 3. Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.

		bagian bawah membaik.		
--	--	--------------------------	--	--

G. Implementasi Keperawatan

hhh Hari/Tanggal	No Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
Jum'at 10 Mei 2024	1	08.00 WITA 08.10 08.30 WITA 09.10 WITA	1. Melakukan vital sign Hasil: TD: 180/90 mmHg N: 80x/menit S: 36,6 ^o C RR:20x/menit SPO ₂ : 98% 2. Memeriksa sirkulasi perifer memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, Suhu 36,5°C. 07:35 wita memonitor panas kemerahan nyeri dan bengkak pada ekstermitas hasil: tidak panas, tidak ada kemerahan tidak ada nyeri dan	Pukul: 14.00 WITA S: klien masih mengeluh pusing O: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik,CRT >3 detik H:5,80 gr/dl. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/90 mmHg, N:83x/menit, S:36,8 ^o C :20x/menit, SPO ₂ :99% A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

		10.00 WITA	<p>bengkak pada ekstermitas</p> <p>Mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi</p> <p>Hasil: klien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak delapan tahun yang lalu</p> <p>4). mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi</p> <p>Hasil: mengajarkan klien untuk</p>	P: intervensi dilanjutkan
		12.00 WITA	<p>mengonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan serta menganjurkan klien untuk mengurangi konsumsi garam dan kopi secara berlebihan</p> <p>5). menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah.</p> <p>Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.</p>	

	2	08.10 WITA	1). WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: klien mengatakan nyeri Kepala bagian belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk	Pukul 14.00 WITA S: klien mengatkan kepalanya masih terasa sakit O: klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes /menit TD:180/90 mmHg, N:83x/menit, S:36,8 ⁰ C, RR:20x/menit, SPO ₂ :99%. A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
08.15 WITA	2). mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang)			
08.25 WITA	3).Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada klien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut			
09.00 WITA	4). Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan			

		10.00 WITA	5). mengkolaborasi pemberian analgetik. Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV	
		11.30 WITA	6). menganjurkan klien untuk istirahat.	

	3	11.35 WITA	1). menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas.	Pukul 14.00 WITA S: klien mengatakan badannya masih terasa lemas O: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis,
		12.30 WITA	2). menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat	terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD:180/90 mmHg,
		13.30 WITA	3). mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.	N:83x/menit, S:36,8°C, RR:20x/menit, SPO ₂ :99%
				A: masalah intoleansi aktivitas belum Teratasi P: intervensi dilanjutkan
Sabtu, 11 Mei	1	07.00 WITA	1). melakukan vital sign. Hasil: TD: 160/90 mmHg N: 87x/menit S: 36, 8° C RR: 20x/menit SPO ₂ : 99 %.	Pukul 14.00 WITA S: klien mengeluh masih merasa pusing
		08.40 WITA	2). memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik	O: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak Pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik H:5,80 gr/dl.
		10.40	3). mengajarkan program diet untuk	Kesadaran composmetis terpasang

		WITA	memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan.	infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:150/90 mmHg, N:88x/menit, S:36,8 ⁰ C, RR:18x/menit, SPO ₂ :99%
		12.00 WITA	4). menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.	A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
	2	08.00 WITA	1). mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang)	Pukul 14.00 WITA S: klien mengatakan sakit kepala berkurang
		10.00 WITA	2). mengkolaborasi pemberian Analgetik. Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV	O: wajah tampak meringis berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes /menit TD:150/90 mmHg, N:88x/menit, S:36,8 ⁰ C, RR:18x/menit, SPO ₂ :99%.
		10.30 WITA	3). Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk	A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian

		11.30 WITA	<p>mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada klien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut</p> <p>4). Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan</p> <p>5). Menganjurkan klien untuk istirahat</p>	P: intervensi dilanjutkan
	3	13.00 WITA 11.30 WITA 13.30 WITA	<p>1). Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan</p> <p>2). mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.</p>	<p>Pukul 14.00 WITA</p> <p>S: klien mengatakan badannya masih terasa lemas</p> <p>O: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD:150/90 mmHg, N:88x/menit, S:36,8⁰C, RR:18x/menit, SPO₂:99%</p> <p>A: masalah intoleansi aktivitas belum</p>

				teratasi P: intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	---------------------------------------

H. Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal	Nomo diagnosa	Catatan Perkembangan
Minggu, 12 Mei 2024	1	<p>S: klien masih mengeluh pusing</p> <p>O: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat, kuku tampak pucat, turgor kulit >2 detik, CRT >3 detik H:5, 80 gr/dl. kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:140/90 mmHg, N:82x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, SPO2 : 98%.</p> <p>A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan</p> <p>I: pukul 08.00 melakukan vital sign.</p> <p>Hasil: TD: 140/90 mmHg N: 82X/menit S: 36,8⁰ C, RR: 20X/menit SPO₂:</p>

		<p>98%. Jam 09 40 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik.</p> <p>pukul 10.40 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacang. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.</p> <p>Evaluasi: pukul 13.00</p> <p>S: klien mengeluh pusing berkurang</p> <p>O: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, bibir tampak pucat berkurang, kuku tampak pucat, turgor kulit membaik, CRT >3 detik Hb:5,80 gr/dl.</p> <p>Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. Intervensi dihentikan</p>
	2	<p>S: klien mengatakan sakit kepala yang dirasakan sudah mulai berkurang.</p> <p>O: klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri ringan). kesadaran</p>

		<p>composmetis TD: 140/90 mmHg, N:82x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, \</p> <p>SPO₂: 98%, terpasang infus Nacl 20 tetes/menit. Assesmant: Masalah nyeri akut sebagian teratasi.</p> <p>P: Lanjutkan ntervensi 1 dan 2 dan 6</p> <p>I: pukul 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10). Jam 10.00 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV</p> <p>Evaluasi: pukul 13.00 WITA</p> <p>S: klien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.</p> <p>O: klien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10).</p> <p>Masalah nyeri akut telah teratasi. Hentikan intervensi.</p>
	3	<p>S: Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.</p> <p>O: Tampak segar, dan masih tampak pucat.</p>

		<p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: klien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas. Pukul 09.15 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, klien serta keluarga menyanggupinya.</p> <p>Evaluasi pukul 13.00: klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi, klien tampak segar, pucaat berkurang. Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. Hentikan intervensi</p>
--	--	---



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



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Lisna Nazila
NIM : PO.5303202210016
Pembimbing Utama : Rifatunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendukung : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Selasa, 29 Agustus 2023	- Pengajuan judul proposal (Hipertensi)	- ACC judul proposal - Datang lagi bawa referensi minimal 10 referensi	
2.	Kamis, 31 Agustus 2023	- Konsultasi referensi proposal	- ACC referensi, lanjut BAB 1	
3.	Senin, 18 september 2023	- Konsultasi BAB 1	- Lengkapi data WHO - Cara penulisan sesuai panduan	
4.	Jumat, 29 september 2023	- Konsultasi BAB 1	- Tambahkan peran perawat - Ubah rumusan masalah - Perbaiki cara penulisan	
5.	Selasa, 14 November 2023	- Konsultasi BAB 1	- Tambahkan dampak dari hipertensi - Antar BAB spasi 3 - Lanjut BAB II	

6	Rabu, 22 November 2023	- Konsultasi BAB I dan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Setiap paragraph diawali SPOK - Kata menurut WHO diganti WHO mengatakan - Kata self management cukup pengertian saja - Rumusan masalah diganti jangan pakai kata berdasarkan 	<p><i>Penny</i></p> <p><i>Penny</i></p>
7	Jumat 26 januari 2024	- Konsultasi BAB 1- 3	<ul style="list-style-type: none"> - Cari lagi yg artinya kematian atau penyakit. Mortalitas atau morbilitas - Tambahkan beberapa definisi lalu simpulkan - Tambahkan penelitian yang berkaitan dengan hipertensi - Klasifikasi hipertensi buat table terbuka, tulis judulnya - et al., tulis semua nama-namanya 	<p><i>Penny</i></p>
8	Senin 12 februari 2024	- Konsultasi BAB 1- 3	<ul style="list-style-type: none"> - Tabel Analisa data dibuat table terbuka - Sesuaikan nama-nama pengarang di daftar pustaka 	<p><i>Penny</i></p>

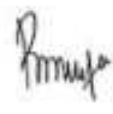


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSUL.KTI

Nama : Liana Nazila
NIM : PO.5303202210016
Pembimbing Utama : Rifatunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.,Kep.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Rabu, 15 Mei 2024	Konsultasi pengkajian-implemtasi	1. Keluhan utama (nyeri kepala) 2. Sesuaikan data pengkajian dengan analisa data 3. Lanjut ketik	
2.	Selasa, 25 Juni 2024	Konsultasi BAB IV-V	1. Perbaiki pengetikan 2. Tambahkan pengkajian PQRST 3. Tambahkan IMT 4. Perbaiki kesenjangan antara teori dan kasus 5. Penulisan gelar tidak pakai spasi 6. Perbaiki evaluasi	
3.	Rabu, 26 Juni 2024	Konsultasi BAB IV-V	1. Tambahkan artikel penelitian di bagian pembahasan 2. Sesuaikan tujuan dengan kesimpulan 3. Tambahkan daftar pustaka BAB IV-V 4. Alodokter tahun berapa 5. Kata jam diganti pukul	
	Jumad, 28 Juni 2024	Konsultasi BAB I-V	1. kenapa pasien hipertensi mengalami anemia.	

			2. data bagian pengakajian dikasi tanda koma 3. Bagian kesimpulan manajemen apa	
--	--	--	--	---

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


Arta Wawanto, M.Kep. Ns., Sp.Kep.Kom
 NIP. 19660114199102 1001



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Lisna Nazila
NIM : PO. 5303202210016
Pembimbing Utama : Ri'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S. Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Jumat, 1 maret 2024	BAB I BAB III	1. Kesenjangan proses keperawatan 2. Tambahkan dokumentasi keperawatan 3. Daftar pustaka diperbaiki secara berurutan	
2.	Kamis, 2 Mei 2024	BAB I BAB II BAB III	1. Bahasa asing dikasih garis miring 2. Nomor BAB dibagian bawah 3. Tambahkan nama ruangan ditujukan dan manfaat studi kasus	
3.	Kamis, 2 mei 2024	BAB I BAB II Daftar Pustaka	ACC	

Ende, 19 Maret 2024

Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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



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

LEMBAR KONSUL REVISI KTI

Nama : Lisna Nazila
NIM : PO5303202210016
Pembimbing Utama : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.,Kep.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	Rabu, 04 Juli 2024	BAB I-IV	1. Pathway diperbaiki 2. Pengkajian PQRSST adapada pola sensori 3. Pemeriksaan fisik IPPA 4. Penulisan data subjektif diperbaiki 5. Pembahasan bagian pengkajian tambahkan sumber 6. Pembahasan bagian intervensi cari pembandingan 7. Pembahasan bagian impelementasi cari pembandingan 8. Pembahasan bagian evaluasi cari pembandingan	
2	Senin, 15 Juli 2024	BAB I-V	ACC	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114199102 1001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Lisna Nazila
Tempat/Tanggal lahir : Ntaram, 10 Mei 2003
Alamat : Jl. Melati
Jenias Kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. MIs Al Falahiyah Nanga
2. MTs Al Falahiyah Nanga
3. Madrasah Aliyah Negeri Ende

MOTTO

*“JANGAN MUNDUR SEBELUM
MENCOBA, BEBAN BERAT ITU HANYA
ADA PADA PIKIRAN. COBA DULU
NANTI TERBIASA”*