

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M. R. DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM (RPD) III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

MARIA SHERLINA BARU

NIM: PO.530320221002

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

2024

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM (RPD) III RSUD ENDE
KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH:
MARIA SHERLINA BARU
NIM: PO. 5303202210023**

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

2024

LEMBAR PERSETUJUAN

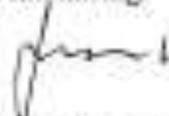
**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM (RPD) III
RSUD ENDE**

**OLEH:
MARIA SHERLINA BARU
NIM: PO.5303202210023**

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

Ende, 15 Juli 2024

Pembimbing



Irwan Budiana, S. Kep. Ns., M. Kep.
NIP.19890627219021 001

Mengetahui,
Plh. Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM (RPD) III
RSUD ENDE

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

MARIA SHERLINA BARU

NIM: PO.5303202210023

Penguji Ketua



Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns., M.Kep
NIP.199212282020122009

Penguji Anggota



Irwan Budiann, S. Kep.Ns., M.Kep.
NIP.19890627219021 001

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Pusat Pendidikan Kesehatan Kemenkes Kupang



Agus W. W. W., M.Kep, Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114199102 1001

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

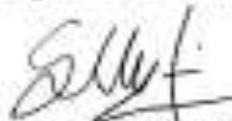
Nama : Maria Sherlina Baru
Nim : PO. 5303202210023
Program Studi : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI
RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE

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

Ende, 18 Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan



Maria Sherlina Baru
PO5303202210023

KATA PENGANTAR

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

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Dr.Ester Puspa Jelita selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende.
3. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns, M.Kep selaku penguji ketua, yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak Siprianus dan Mama Iswahyuni, kakak Stefen, Kakak Sindy serta semua anggota geng tengkorak lainnya yang selalu memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Ende, 15 Juli 2024

Penulis

ABSTRAK

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

Maria Sherlina Baru (1)

Irwan Budiana (2)

Try Ayu Patmawati (2)

Latar belakang: Hipertensi merupakan masalah yang besar dan serius karena sering tidak terdeteksi meskipun sudah bertahun-tahun. Hipertensi menimbulkan resiko mortalitas dini, yang meningkat saat tekanan sistolik dan diastolik meningkat.

Tujuan: melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M. R dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Metode yang digunakan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi atau perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Hasil : ditemukan empat masalah keperawatan pada kasus yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Intervensi dan implementasi keperawatan dirancang dan dilaksanakan dengan tindakan dependen seperti observasi, edukasi dan interdependen seperti tindakan kolaborasi. Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan tersebut sudah teratasi.

Kesimpulan & saran: Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur sudah teratasi. Disarankan pasien dan keluarga agar mengikuti semua anjuran dari petugas kesehatan dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih parah.

Kata kunci : **Asuhan Keperawatan, Hipertensi**

Kepustakaan : **43 buah (2014-2023)**

Keterangan : **(1) Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Ende**
(2) Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs. M. with a Medical Diagnosis of Hypertension in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital

Maria Sherlina Baru (1)

Irwan Budiana (2)

Try Ayu Patmawati (2)

Background : Hypertension is a major and serious problem because it is often undetected even after years. Hypertension poses a risk of premature mortality, which increases as systolic and diastolic pressures increase.

Objective : to carry out Nursing Care for Mrs. M. R with a medical diagnosis of hypertension in Internal Medicine Room III, Ende Hospital.

The methods used include assessment, diagnosis, intervention or planning, implementation and evaluation.

Results : four nursing problems were found in the case, namely acute pain related to physiological injury agents, ineffective peripheral perfusion related to increased blood pressure, activity intolerance related to physical weakness and sleep pattern disorders related to environmental barriers. Nursing interventions and implementations are designed and implemented with dependent actions such as observation, education and interdependent actions such as collaborative actions. After implementing it for a 3 days, the nursing problem had been resolved.

Conclusion & suggestion : After 3 days of implementation, the nursing problems of acute pain, ineffective peripheral perfusion, activity intolerance and sleep pattern disturbances have been resolved. It is recommended that patients and families follow all recommendations from health workers in order to prevent more severe complications.

Keywords : Nursing Care, Hypertension

Bibliography : 43 buah (2014-2023)

Description : (1) Students of the DIII Nursing Study Program, Ende
(2) Lecturers of the DIII Nursing Study Program, Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	7
1. Pengkajian	7
2. Diagnosa Keperawatan.....	16
3.Rencana Keperawatan.....	17
4. Implementasi Keperawatan	28

5. Evaluasi Keperawatan	28
BAB III METODE PENELITIAN	30
A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus	30
B. Subjek Studi Kasus	30
C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)	30
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	31
E. Prosedur Studi Kasus	31
F. Teknik Pengumpulan Data.....	31
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	32
H. Keabsahan Data.....	32
I. Analisis Data	33
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	34
A. Hasil Studi Kasus	34
B. Pembahasan	64
BAB V PENUTUP.....	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran.....	75
DAFTAR PUSTAKA	77

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 26 Juni 2024	42
Table 4.2 Terapi Pengobatan.....	42
Tabel 4.3 Analisa Data.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan	80
Kartu Konsul KTI	110
Jadwal Kegiatan	116
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus	117
Informent Consent.....	118
Daftar Riwayat Hidup	119

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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. Hipertensi merupakan masalah yang besar dan serius karena sering tidak terdeteksi meskipun sudah bertahun-tahun. Hipertensi menimbulkan resiko mortalitas dini, yang meningkat saat tekanan sistolik dan diastolik meningkat (Fernalia dkk, 2021).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi medis serius yang secara signifikan meningkatkan risiko penyakit jantung, otak, ginjal, dan penyakit lainnya. Angka kejadian hipertensi di dunia pada tahun 2021 diperkirakan sebanyak 1,28 miliar orang dewasa berusia 30-79 tahun di seluruh dunia menderita hipertensi, sebagian besar (dua pertiga) tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah (WHO, 2021). Pada tahun 2022 prevalensi hipertensi di dunia mencapai angka lebih dari 1,13 miliar orang di seluruh dunia menderita hipertensi (WHO, 2022).

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2021 mencatat estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63.309.620 kasus, sedangkan angka kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427.218 kematian (Firdausi Ramadhani, 2023). Berdasarkan Survei Kesehatan

Indonesia (SKI) tercatat hasil prevalensi penderita hipertensi di Indonesia pada tahun 2023 sebanyak 30,8%.

Hipertensi menjadi salah satu penyebab masalah kesehatan yang serius dimana membutuhkan perhatian khusus. Hipertensi merupakan gangguan keseimbangan sistem kardiovaskuler. Menurut Sakinah *et al.* (2020) menyebutkan bahwa penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai angka 7,2% atau 76.130 kasus Angka ini menempatkan hipertensi sebagai penyakit tertinggi keempat di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Berdasarkan Dinas kesehatan Kabupaten Ende, Mei 2023 tercatat 3 tahun terakhir kasus hipertensi mengalami fluktuasi yakni pada tahun 2020 sebanyak 11.137 kasus, tahun 2021 mengalami peningkatan sebanyak 18.524 kasus, pada tahun 2022 sebanyak 12.654 kasus yang mengalami hipertensi (Dinkes Kabupaten Ende, 2023).

Sebagai pusat pelayanan kesehatan terbesar Rumah Sakit Umum (RSUD) Ende mencatat jumlah kasus hipertensi di Kabupaten Ende di tahun 2021 sebanyak 21 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 55 kasus dan di tahun 2023 pada bulan Januari sampai Desember tercatat sudah mencapai 41 penderita hipertensi (Profil RSUD Ende, 2023).

Ditulis beberapa penelitian (Andri *et al.*, 2021 dan Sihotang *et al.*, 2020) hipertensi dapat dipicu oleh faktor yang dapat dikontrol dan faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang dapat dikontrol diantaranya seperti obesitas, diet hipertensi, stres, aktivitas fisik, dan merokok. Sedangkan faktor yang tidak dapat dikontrol diantaranya seperti keturunan, jenis kelamin, dan usia. Banyak

faktor risiko yang menimbulkan hipertensi diantaranya usia lanjut, adanya riwayat tekanan darah tinggi dalam keluarga, kelebihan berat badan yang diikuti dengan kurangnya berolahraga (Fernalia dkk, 2021). Fenomena ini disebabkan karena perubahan gaya hidup masyarakat secara global, seperti semakin mudahnya mendapatkan makanan cepat saji membuat konsumsi sayuran segar dan serat berkurang, kemudian konsumsi garam, lemak, gula, dan kalori yang terus meningkat, kebiasaan atau gaya hidup seperti merokok, dan minum alkohol (Muhammad Rijalludin, 2018 dikutip dari Yeni Mulyani, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni dan Eksanoto (2019) dikutip dari Muhammad Yunus, 2021 wanita cenderung menderita hipertensi daripada pria. Pada penelitian tersebut sebanyak 27,5% wanita mengalami hipertensi, sedangkan untuk pria hanya sebesar 5,85%. Wanita akan mengalami peningkatan resiko tekanan darah tinggi (hipertensi) setelah menopause yaitu usia di atas 45 tahun. Wanita yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol HDL rendah dan tingginya kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*) mempengaruhi terjadinya proses aterosklerosis dan mengakibatkan tekanan darah tinggi.

Upaya untuk menekan kejadian hipertensi ataupun komplikasi yang terjadi akibat hipertensi perlu dilakukan modifikasi gaya hidup sehat seperti mengatur pola makan dengan membatasi asupan garam, lemak, alkohol,

berhenti merokok, dan mengontrol berat badan, melakukan aktivitas fisik, istirahat dan tidur (Hidayati, 2018).

Peran perawat sangat penting dalam merawat pasien dengan diagnosa medis hipertensi. Adapun peran perawat sebagai pendidik dan *care giver* yang belum terlaksanakan dengan baik sehingga masalah hipertensi belum terselesaikan dan terlaksanakan dengan baik. Peran perawat sangatlah penting dalam mengurangi dan mencegah terjadinya peningkatan penyakit hipertensi, peran perawat tidak hanya sebagai pendidik tetapi juga sebagai motivator, educator, kolaborator, advokat, fasilitator, dan konsultan. Menurut hasil pengamatan di Rumah Sakit Ende peran perawat sebagai *care giver* belum terlaksanakan. Perawat menunjukkan sikap yang kurang ramah terhadap klien yang dimana sikap perawat tersebut membuat klien kurang nyaman saat dirawat sedangkan peran perawat sebagai pendidik juga belum terlaksana sepenuhnya di Rumah Sakit Ende yaitu perawat kurang memberikan informasi dan pengetahuan yang berhubungan dengan penyakit klien (Angeline Agustine, 2015).

Permasalahan Asuhan Keperawatan yang masih sering kali terjadi di lapangan menurut hasil pengamatan diantaranya yakni perawat yang culas dan sering kali tidak menunjukkan sikap yang ramah kepada pasien, kurang menyapa pasien sehingga pasien merasa terasingkan, Perawat sering marah-marah kepada pasien. Selain itu dalam proses pengkajian perawat mengkaji biodata pasien, menanyakan keluhan utama dari pasien, riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan keluarga, serta pemeriksaan penunjang. Namun

perawat tidak melakukan pengkajian perpola, pemeriksaan fisik pada pasien dan tidak menggunakan buku 3S (SLKI, SIKI, SDKI).

Berdasarkan Latar Belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus di ruangan RPD III Rumah Sakit Ende yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi”.

B. Rumusan Masalah.

Adapun rumusan masalah yang terdapat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di ruangan RPD III RSUD Ende”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Secara umum studi kasus ini bertujuan untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende.

2. Tujuan khusus.

Adapun tujuan khusus dalam dalam studi kasus ini yakni penulis mampu:

- a. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende
- c. Menyusun intervensi keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende

- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende
- f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus dalam perawatan pasien Hipertensi di RPD III RSUD Ende

D. Manfaat.

1. Bagi Penulis

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

2. Bagi Institusi Rumah Sakit dan pelayanan kesehatan

Sebagai masukan bagi pelayanan Kesehatan untuk meningkatkan Asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan menurut (Novia Puspita Sari, 2020).

a. Pengumpulan data

Data spesifik yang dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

1) Identitas

Merupakan segala hal pada seseorang yang dapat menyatakan secara sah dan dapat dipercaya tentang dirinya sendiri, nama, kepribadian, dan statusnya.

a) Usia : usia \geq 30 tahun keatas berpotensi lebih besar terkena hipertensi.

b) Jenis kelamin : Laki-laki lebih berpotensi mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita, dikarenakan beban kerja dan gaya hidup yang lebih sering mengonsumsi alcohol serta merokok.

c) Tempat tinggal/alamat: wilayah yang paling beresiko ialah daerah pesisir pantai karena memiliki gaya hidup mengonsumsi natrium

serta ikan dan hewan laut yang memiliki kadar kolesterol yang lebih tinggi.

- d) Pekerjaan: Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan hipertensi.
- e) Lingkungan : Kepadatan penduduk dan hunian rumah juga dapat memicu suatu suhu yang panas di wilayah tersebut. Paparan suhu panas yang tinggi mencapai 30⁰C atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau hipertensi.
- f) Pendidikan: Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami.

2) Keluhan utama

Merupakan keluhan yang membuat seseorang datang ketempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan.

Pasien dengan hipertensi sering kali mengalami sakit kepala, Lemah dan letih, nafas pendek, pusing atau pening, nyeri pada tengkuk.

3) Riwayat kesehatan

Merupakan catatan penyakit dan kondisi kesehatan dalam keluarga:

a) Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan riwayat kesehatan klien saat ini yang meliputi keluhan klien. Pasien dengan hipertensi biasanya ditemukan:

Keluhan pusing nyeri kepala, lesu, pucat, tidak nafsu makan serta sakit pada daerah tengkuk, nyeri kepala setelah melakukan aktifitas, nyeri setelah mengkonsumsi makanan yang berkolestrol seperti daging-dagingan atau pun merokok, lemah dan susah tidur karena nyeri.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Merupakan catatan mengenai penyakit dan pengobatan yang dialami klien pada masa lalu. Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering merasa kelelahan dan nyeri pada bagian tengkuk.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Merupakan catatan penyakit dan kondisi kesehatan dalam keluarga. Adanya riwayat keluarga dengan hipertensi:

a. Pengkajian perpola

1) Aktivitas/istirahat.

Ditemukan gejala seperti lemah dan letih, nafas pendek, gaya hidup monoton. Selain itu, terdapat tanda-tanda seperti frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, dan takipnea.

2) Sirkulasi

Ditemukan gejala seperti riwayat hipertensi, atheroskleorosis dan penyakit jantung koroner. Selain itu, terdapat tanda-tanda seperti tekanan darah meningkat dan takikardi.

3) Neurosensori

Ditemukan gejala seperti keluhan pusing atau pening, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam). Selain itu terdapat tanda-tanda seperti perubahan keterjagaan, perubahan orientasi, proses pikir, penurunan kekuatan genggaman tangan.

4) Nyeri atau ketidaknyamanan

Ditemukan gejala seperti angina (penyakit jantung koroner), sakit kepala, nyeri pada tengkuk.

5) Pernapasan

Ditemukan gejala seperti dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, riwayat merokok. Selain itu, terdapat tanda-tanda seperti penggunaan otot bantu, dan sianosis.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu system atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (*auskultasi*). Urutan pemeriksaan berjalan secara logis dari kepala ke kaki, dan bila telah terlatih dapat dilakukan hanya dalam waktu sekitar 10 menit (Anggraini Dkk, 2020).

1) Keadaan Umum

Merupakan keadaan secara umum yang nampak dari fisik klien ketika perawat mulai melakukan pengkajian misalnya, klien tampak lemah, tampak kotor, dan lain sebagainya.

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

2) Pemeriksaan Tekanan Darah

Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan peningkatan yakni $\geq 140/90$ mmHg

3) Pemeriksaan nadi

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

4) Pemeriksaan vena jugularis

Perkiraan fungsi jantung kanan dapat dibuat dengan mengamati denyutan vena jugularis di leher. Ini merupakan cara memperkirakan tekanan vena sentral, yang mencerminkan tekanan akhir diastolic atrium kanan atau ventrikel kanan (tekanan sesaat sebelum kontraksi ventrik kanan). Vena jugularis diinspeksi untuk mengukur tekanan

vena yang dipengaruhi oleh volume darah, pada penderita hipertensi akan terjadi pembesaran vena jugularis.

5) Jantung

a) Inspeksi

Pada bentuk dada "*Veussure Cardiac*" terdapat penonjolan setempat yang lebar di daerah precordium, di antara sternum dan apekscodis. Kadang-kadang memperlihatkan pulsasi jantung.

b) Palpasi

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

c) Perkusi

Kegunaan perkusi adalah menentukan batas-batas jantung.

d) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi jantung meliputi pemeriksaan bunyi jantung, bising jantung

6) Paru-paru

a) Inspeksi

Tampak penggunaan otot bantu pernapasan

b) Auskultasi

Terdengar bunyi napas tambahan

7) Ekstermitas

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

c. Tabulasi data.

Lemah dan letih, nafas pendek, gaya hidup monoton, perubahan irama jantung, dan takipnea, riwayat hipertensi, atheroskleorosis dan penyakit jantung koroner, tekanan darah meningkat dan takikardi, pusing atau pening, berdenyut, nyeri pada tengkuk, sakit kepala subo ksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), perubahan keterjagaan, perubahan orientasi, proses pikir, penurunan kekuatan genggaman tangan. Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, riwayat merokok, penggunaan otot bantu, dan sianosis.

d. Klasifikasi data

Merupakan bagian penting dari manajemen siklus hidup data yang menentukan kategori standar atau pengelompokan objek data.

Data subjektif: dispnea, mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk

Data objektif: takikardia, atherosklerosis, tampak meringis, tekanan darah meningkat, sianosis, distensi vena jugulari, penurunan kekuatan genggaman, sianosis.

e. 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 : Pengerunan 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

P : Paliatif/provkatif (yang mengurangi atau meningkatkan nyeri)

Q : Kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan di rasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

R : Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S : Severty/tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10)

T : Time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

- 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 Subjek tif : 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

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

Data subjektif : Mengeluh lemah, dispnea

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

- b. Perfusi serebral 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.

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

Data subjektif : Mengeluh nyeri

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

d. 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.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

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

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

f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan yang ditandai dengan

Data Subjektif : Mengeluh penglihatan 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)
- 6) 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 di hentikan

- 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 rasional: posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisisi 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 beraktifitas fisik menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

b. Perfusi serebral 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)
- 6) 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

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

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

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

- 1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

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

- a) 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 endorfin, transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri

b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: 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

d. 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 hypervolemia (mis, otopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat.

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

- b) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: Setelah di identifikasi 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.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan 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 menyediakan 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 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

f. Risiko Jauh 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 \geq 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: Ketidakmampuan dalam berkonsentrasi dan menjaga keseimbangan tubuh dapat beresiko jatuh dan cedera.

4. Implementasi Keperawatan

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

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat

seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan (Cipta Salva, 2016).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis/Rancangan/Desain Studi Kasus

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Metode studi kasus merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini berjumlah satu orang dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Defenisi Operasional)

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

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

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus akan dilaksanakan di Ruangan Penyakit Dalam (RPD III) Rumah Sakit Umum Ende selama 3 hari.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan pengajuan judul apabila sudah di setujui oleh pembimbing, Selanjutnya melakukan konsultasi penyusunan proposal yang kemudian diujikan. Setelah selesai ujian proposal kemudian melakukan revisi kepada penguji dan pembimbing. Apabila sudah selesai melakukan revisi, selanjutnya mengurus surat ijin permohonan penelitian dari kampus kepada Direktur RSUD Ende dan kepala ruangan RPD. Setelah mendapatkan ijin, kemudian kepala ruangan RPD akan menunjukkan pasien yang akan dijadikan responden. Sebelum itu membaca buku status pasien terlebih dahulu lalu menuju pasien dan mulai menjelaskan tujuan. Bila responden setuju penulis meminta tanda tangan pada lembar *informend Consent* kemudian melakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang,

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

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

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

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik, mental dan orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga.
2. Data sekunder Sumber data yang dikumpulkan dari data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

I. Analisis Data

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya menggunakan analisa data. Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data 51 terkumpul. Teknik analisa dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Berdasarkan observasi dan studi dokumentasi yang dilakukan peneliti didapatkan data untuk selanjutnya dikumpulkan, data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Setelah itu peneliti menegakkan diagnosa keperawatan. lalu menyusun intervensi atau rencana asuhan keperawatan. Kemudian melakukan implementasi atau pelaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende. Ruang Penyakit Dalam (RPD) III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dengan 19 tempat tidur, 1 ruang obat, 1 ruang pantry, dan 1 gudang. RPD III memiliki 16 orang perawat, 1 orang administrator dan 2 orang cleaning service.

2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 28 Juni 2024, pukul 09.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende.

A. Pengumpulan data

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Studi kasus dilakukan pada Ny. M. R. yang berumur 29 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam (RPD) III ruangan B. pasien berjenis kelamin perempuan, beragama katolik, tinggal di Desa Nuabosi, status pasien sudah menikah, dengan pendidikan terakhir SMA. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. T. L. sebagai ibu dari pasien yang berumur 63 tahun, tinggal bersama pasien di Desa Nuabosi. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama nyeri dikepala.

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, dan leher tegang sejak tanggal 24 Juni 2024. Saat di kaji riwayat tekanan darah pasien tidak mampu mengingat riwayat tekanan darahnya. Karena sakit yang tak kunjung sembuh pasien dan ibunya memutuskan pergi berobat ke pelayanan kesehatan pada tanggal 26 Juni 2024 sore pukul 16.00 WITA. sesampainya pelayanan kesehatan pasien kemudian dirujuk ke RSUD Ende pukul 20.00 WITA pasien masuk IGD dengan hasil tensi 150/120 mmHg dan besok paginya pukul 07.30 pasien dipindahkan ke ruangan RPD III RSUD Ende.

3) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien masuk RS melalui rujukan kemudian masuk di IGD pada tanggal 26 Juni 2024 pukul 20.00 WITA dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Pasien mengalami sakit sejak tanggal 24 Juni 2024. Pasien didiagnosis Hipertensi, di pasang infus NACL 20 tpm di tangan kiri dan mendapat terapi injeksi omeprazole

1x40 mg, ceftriaxone 2x1 gr, furosemide 1x40 mg, paracetamol 3x1 gr dan albumin 25% 100 cc, TD: 150/120 mmHg. setelah dari IGD pasien diantar ke RPD III pada tanggal 27 Juni 2024 pukul 07.30 WITA.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien mengatasi sakitnya dengan cara tidur dalam posisi kepala menunduk ke bantal.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan dirinya pernah mempunyai riwayat penyakit Ginjal di tahun 2023.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ini kali ketiga dirinya dirawat dengan keluhan yang sama.

3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki riwayat alergi apapun baik alergi terhadap makanan, minuman, maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan

Pasien mengatakan ia jarang berolahraga, lebih sering mengkonsumsi garam, suka mengkonsumsi kopi namun sejak tahun 2023 saat klien masuk RS ia mengetahui dirinya

mengalami hipertensi sejak saat itu pasien sudah berhenti mengkonsumsi kopi. Saat ini pasien hanya mengkonsumsi air putih, dan susu.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi hanya pasien sendiri.

d. Diagnosa Medis Dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi. Therapy yang didapat yaitu obat captopril.

3. Kebutuhan Dasar

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit ginjal. Pasien mengatakan biasanya ia pergi memeriksakan diri ke Dokter Aries dan mendapatkan obat.

b. Pola Nutrisi-metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Pasien makan nasi, sayur daun ubi, tahu, tempe dan ikan. Pasien minum 8 gelas air sehari (2000 cc).

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Jenis makanan yang dimakan nasi, kuah sayur, telur rebus, tempe, dan daging ayam. Pasien minum 8 gelas per hari.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan selama di rawat ia baru BAB tadi pagi pukul 07.00 WITA dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan biasanya ia BAK 3-4 kali sehari, berwarna kuning pekat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

Keadaan saat ini : Pasien mengatakan ia BAK 3 x sehari, berwarna kuning tidak pucat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan untuk aktivitas makan dan minum pasien ia dapat melakukannya sendiri namun aktivitas lainnya seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu oleh ibunya.

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan jarang berolahraga dan setiap harinya pasien pergi berkebun.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya seperti toileting, berpakaian, mandi dan berpindah dibantu oleh ibunya.

e. Pola kognitif dan Persepsi Sensori

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

Pasien merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya beberapa pertanyaan dapat pasien jawab dengan baik.

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri : pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

Peran diri : pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu rumah tangga berumur 29 tahun.

Identitas diri : pasien mengatakan ia adalah seorang perempuan berumur 29 tahun dan merupakan seorang ibu.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam mulai dari pukul 20.00-07.00 WITA. Tidak ada keluhan saat tidur.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan bahwa ia tidur malam hari mulai dari pukul 20.00-06.00 WITA. Saat tidur terganggu karena leher tegang dan sakit kepala.

h. Pola Peran-Hubungan

Kebiasaan sehari-hari : Pasien adalah seorang kepala keluarga dan seorang ibu. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.

Keadaan Saat Ini : Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan.

i. Pola Toleransi Stress- Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasanya memilih keluar rumah pergi ke kebun.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katolik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

KU: Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital Nadi : 96 x/m, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, tekanan Darah : 140/100 mmHg, SPO₂ : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

b. Pengkajian Fisik

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung. Mulut : Membran mukosa pucat. Leher : Tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/ m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi: ada nyeri tekan. Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan. Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan. Auskultasi : Peristaltik usus 10x/m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan

kanan, CRT>3 detik, ekstermitas bawah: tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 26 Juni 2024

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	12.88	10 ³ /uL	3.60- 11.00
RBC	3.53	10 ⁶ /uL	3.80 - 5.20
HGB	6.0	g/dl	11.7-15.5
HCT	19.7	%	35.0-47.0
MCV	55.8	FL	80.0-100.0
MCH	17.0	pg	26.0-34.0
MCHC	30.5	g/dl	32.0-36.0
PLT	219	10 ³ /uL	150-440
RDW	16.9	%	10.6-15.7
NEUT%	70.1	%	50.0- 70.0
LYMPH%	2.84	10 ³ /uL	1.00-3.70
MCV	55.8	FL	80.0-100.0
NEUT#	9.03	10 ³ /uL	1.50-7.00
LYMPH%	2.84	10 ³ /uL	1.00-3.70

(DataPrimer RSUD Ende,2024).

Table 4.2 Terapi Pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3x1 gr/IV/8 jam
2.	Ceftriaxone	2x1 gr/IV
3.	Ondansentrone	3x4mg/IV
4.	Furosemide	1x40mg/IV
5.	Omeprazole	4mg/IV
6.	Mecobalamin	500mg/IV
7.	Captropil	25gr/oral

(Data primer RSUD Ende, 2024)

B. Tabulasi data

Pasien mengatakan merasa nyeri kepala, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh ibunya. KU: lemah, kesadaran composmentis: GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis, tampak lemah, tampak aktivitas dibantu oleh ibunya, ada nyeri kepala dengan skala nyeri 4 (sedang), TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂: 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

C. Klasikasi Data

DS: pasien mengatakan nyeri kepala, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.

DO: wajah tampak pucat, klien tampak meringis dengan skala nyeri 4 (sedang), bibir tampak pucat, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis , CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

Pengkajian nyeri (PQRST):

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

D. Analisa Data

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

Tabel 4.3 Analisa Data

NO.	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	Data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian kepala seperti ditusuk-tusuk. Data objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri (PQRST): P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri pada bagian kepala S: Skala nyeri 4 (nyeri sedang) T: Nyeri dirasakan 1-2 menit kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD:	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut

140/100 mmHg, suhu :
37°C, pernapasan : 22
x/m, SPO₂ : 95%. Berat
Badan saat ini : 38 Kg,
berat badan sebelum sakit
: 39 Kg, tinggi Badan :
155 cm.

- | | | | |
|---|--|------------------------------|-----------------------------------|
| 2 | Data subjektif: -
Data Objektif: kulit
tampak pucat,
konjungtiva anemis, CRT
>3 detik, HGB: 6.0, KU:
lemah, kesadaran
composmentis, terpasang
infus NaCl 20 tpm, suhu:
37°C, RR: 22x/m, SPO ₂ :
95%, TB: 3155 cm, BB
saat ini: 38 kg sedangkan
BB sebelum sakit: 39 kg. | peningkatan
tekanan darah | perfusi serebral tidak
efektif |
| 3 | Data subjektif: Pasien
mengatakan badannya
terasa lemah
Data objektif: klien
tampak pucat,
konjungtiva anemis, CRT
>3 detik, kesadaran
composmetis, terpasang
infus Nacl 0,9% 20
tetes/menit, sebagian
aktivitas pasien dibantu
ibunya, TD: 140/100
mmHg, suhu : 37°C,
pernapasan : 22 x/m, | Kelemahan
fisik | Intoleransi aktivitas |
-

	SPO ₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.		
4	Data subjektif : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
	Data objektif : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT>3 detik, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370°C, pernapasan : 22 x/m, SPO ₂ : 95%, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.		

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, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur merupakan prioritas kedua dan ketiga karena dapat mengancam kesehatan.

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri dikepala seperti ditusuk-tusuk

Data objektif: pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),

Pengakajian nyeri (PQRST):

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian dada

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

- b) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif: -

Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik .

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

HGB: 6.0, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰C, pernapasan : 22 x/m,

SPO₂: 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit :

39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

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

Data subjektif: pasien mengatakan badannya terasa lemas

Data objektif: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

- d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

Data subjektif: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.

Data objektif: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

4. Intervensi Keperawatan

Tujuan keperawatan dari diagnosa

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Tampak meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Sikap proktaktif menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Intervensi Manajemen Nyeri

Rencana tindakan:

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.

b) 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.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu:

1. Periksa sirkulasi perifer

Rasional: Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut.

2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi

Rasional: Mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan sirkulasi.

3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah

Rasional: Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal.

4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi

Rasional: Mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program yang ditetapkan serta untuk memperbaiki sirkulasi.

c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil.

- a. Keluhan lelah menurun
- b. Warna kulit membaik
- c. Perasaan lemah menurun
- d. Tekanan darah membaik
- e. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik

Rencana tindakan

1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan

2. Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas

Rasional: Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan

3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat

Rasional: Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis

4. Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat

Rasional: Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat.

5. Anjurkan tirah baring

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

d) Gangguan Pola Tidur

Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan d.d

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur meningkat
- 2) Keluhan tidak puasa tidur meningkat
- 3) Keluhan pola tidur berubah meningkat
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat

Intervensi keperawatan

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi faktor pengganggu tidur
 - b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
- 2) Terapeutik
 - a) Modifikasi lingkungan
 - b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
 - c) Tetapkan jadwal tidur rutin

- d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - c) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
5. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada Ny. M. R. Dilakukan selama 3 hari pada tanggal 28-30 Juni 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan 28 juni 2024 (H-1)

a. 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: pasien mengatakan nyeri kepala 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 pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 09.00 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara membatasi pengunjung. Pukul 10.05 WITA mengkolaborasi

pemberian analgetik hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV. Pukul 11.30 WITA menganjurkan pasien untuk istirahat.

b. 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: 150/110 mmHg N: 84x/menit S: 36,6°C RR: 22x/menit SPO₂: 98%, terpasang infus Nacl 20 tpm. pukul 08.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 09.10 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi. Hasil: pasien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak 3 tahun yang lalu. Pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan pasien 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.

c. Intoleransi aktivitas

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 10.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, pukul 11.50 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat. Pukul 11.59 WITA menganjurkan pasien tirah

baring hasil: pasien mengikuti anjuran tersebut. Pukul 12.05 WITA Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan hasil: pasien mengatakan ia merasa sakit kepala dan lemah ketika kembali dari toilet.

d. Gangguan Pola Tidur

Pukul 11:00 WITA mengidentifikasi faktor pengganggu tidur hasil: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa nyeri dibelakang lehernya. Pukul 11.05 WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar tidak mengkonsumsi makanan yang menghambat tidur (kopi). Pukul 11.10 WITA Memodifikasi lingkungan hasil: menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Pukul 11.20 WITA Mefasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur : hasil: meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur. Pukul 11.30 WITA menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit untuk mempercepat proses penyembuhan hasil: keluarga memahami dan mengikuti anjuran tersebut.

6. Evaluasi 28 Juni 2024 (H-1)

a) Hari Jumat, 28 Juni 2024 pukul 14.00 WITA

1) Nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di kepala

Objektif: Pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes /menit
TD: 150/100 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂: 98%.

Asesment : Masalah nyeri akut belum teratasi

Planing : intervensi dilanjutkan

2) Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: -

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 150/100 mmHg, N:89x/menit, S: 36,8⁰C
RR: 20x/menit, SPO₂: 98%

Asesment : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : Intervensi dilanjutkan

3) Intoleransi aktivitas

Subjektif: pasien mengatakan badannya masih terasa lemas

Objektif: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 150/100 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂: 98%

Assessment : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : Intervensi dilanjutkan

4) Gangguan pola tidur

Subjektif : Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam, karena merasa nyeri dileher bagian belakang.

Objektif: KU: Lemah, konjungtiva anemis, tampak pucat, Tanda-tanda vital: TD : 150/100 mmHg,

S: 36,8°C, RR: 20X/mnt, N: 89x/ mnt, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit

Assessment: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

Planing: Intervensi dilanjutkan

7. Implementasi 29 Juni 2024 (H-2)

1) 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. 20 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. Pukul 10.50 WITA Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara mengurangi kebisingan. Pukul 11.00 WITA menganjurkan pasien untuk istirahat.

2) 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: 180/100 mmHg N: 87x/menit S: 37,0^o C RR: 23x/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 pasien 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.

3) Intoleransi aktivitas

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 11.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas, pukul 11.50 WITA menganjurkan tirah baring, pukul 12.00 WITA menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat, pukul 12.20 WITA mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.

4) Gangguan pola tidur

Gangguan Pola Tidur b.d. Hambatan lingkungan. Jam 12: 30 menetapkan jadwal tidur rutin: menjaga pola tidur agar tidak berantakan. Jam 12.40 melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan: mengatur posisi pasien dengan nyaman 12:50

menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit : jika tidur dan beristirahat yang cukup penting selama sakit karena menjadi bagian penting dalam penyakit

8. Evaluasi 29 Juni 2024 (H-2)

1) Nyeri akut

Subjektif: klien mengatakan sakit kepala berkurang

Objektif: wajah tampak meringis berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes/menit TD:180/100 mmHg, N: 88x/menit, S:37,5⁰C, RR:24x/menit, SPO₂:99%.

Asesment : Masalah nyeri akut teratasi sebagian

Planing : Intervensi dilanjutkan

2) Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: pasien mengeluh masih merasa pusing

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/100 mmHg, N:88x/menit, S:37,5⁰C, RR:24x/menit, SPO₂:99%

Asesment : Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

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, TD:180/100 mmHg, N:88x/menit, S:37,5⁰C, RR:2x/menit, SPO₂:99%

Asesment: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing: intervensi dilanjutkan

4) Gangguan Pola Tidur

Subjektif : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari karena merasa sakit di belakang lehernya

Objektif : KU: baik, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat sedikit berkurang, kesadaran composmetis, pasien tampak lelah, pasien menguap, Tanda-tanda vital: TD : 180/100 mmHg,

S: 37,5⁰C, RR: 24X/mnt, N: 88x/ mnt.

Assesment : Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan

9. Minggu 30 Juni 2024 pukul 08.00 WITA dilakukan catatan perkembangan

1) Nyeri akut

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

Objektif: klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri ringan). KU: baik, kesadaran composmetis TD:180/100 mmHg, N:86x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 22x/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 pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10).

Jam 10.15 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV

Evaluasi: pukul 13.00 WITA

Subyektif: pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.

Obyektif: pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10) , CRT <3 detik.

KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah nyeri akut telah teratasi.

Hentikan intervensi.

2) Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: pasien masih mengeluh pusing

Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik H:5, 80 gr/dl. KU: baik, kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD:180/100 mmHg, N:88x/menit, S: 37,5°C, RR: 24x/menit, SPO₂ : 99%.

Asesment: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing: intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan

Implementasi: pukul 08.00 melakukan vital sign. Hasil: TD: 180/100 mmHg N: 86X/menit S: 36,8⁰ C, RR: 22X/menit SPO₂: 98%. Jam 09.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul

10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi.

Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan. Pukul 10.20 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

Evaluasi: pukul 13.00

Subjektif: pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang

Objektif: konjungtiva anemis, wajah tampak pucat berkurang, CRT < 3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. Intervensi dihentikan.

3) Intoleransi aktivitas

Subyektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.

Obyektif: Tampak segar dan masih sedikit pucat.

Assesment: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

Planning: intervensi dilanjutkan

Implementasi: Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas. Pukul 09.20 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, pasien serta keluarga menyuapinya.

Evaluasi pukul 13.00

Subjektif: klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi

Objektif: pasien tampak segar, pucat berkurang, CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.

Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi.

Hentikan intervensi.

4) Gangguan pola tidur

Subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak.

Objektif : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Tanda-tanda vital:
TD: 180/100 mmHg, S: 36,8°, RR: 22X/mnt, N: 86 x/ mnt, SPO₂: 98%.

Assesment : Masalah Gangguan pola tidur teratasi.

Planning : Intervensi dipertahankan.

Implementasi : Jam 11.20 Membatasi pengunjung di dalam ruangan untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat.

Evaluasi pukul 13.00

Subjektif: Pasien mengatakan tidurnya nyenyak

Objektif: TD : 180/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 86x/menit, RR: 22x/menit, SPO₂: 98%

Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi

Intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan data: klien mengatakan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Nyeri dada seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 4 (nyeri sedang) wajah tampak pucat konjungtiva anemis, tampak meringis, CRT >3 detik, Terpasang infus Nacl 0.9% 20 tetes/menit TD:180 mmHg N: 80x/menit S:36,6^oC 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 sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Sedangkan pada teori tanda dan gejala hipertensi meliputi sakit kepala bagian belakang, mual muntah, nyeri dada, sesak napas, sukar tidur, mata berkunang-kunang, dan lemah. Namun tidak semua penderita hipertensi akan mengalami gejala-gejala ini.

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. 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 sering sakit kepala, gangguan penglihatan, mual muntah, nyeri dada, sesak, bercak darah dimata dan muka memerah ketika sudah terjadi komplikasi.

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 kelemahan;
- 6) resiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.

Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada klien Ny. M.R yaitu

- 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi:
- 2) perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah;
- 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan;
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada

kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata hanya ditegakan empat diagnosa keperawatan sedangkan pada teori terdapat enam diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada kasus dan terdapat secara teori yaitu perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

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 di kaji 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. Diagnosa gangguan pola tidur muncul pada kasus namun tidak terdapat pada teori. Menurut penelitian (Ariani, dkk 2019) yang mengatakan bahwa adanya hubungan antara hipertensi dengan gangguan pola tidur dimana tidur mempunyai efek yang sangat besar terhadap kesehatan fisik, mental, emosi, dan sistem

imunitas tubuh. Seseorang yang kualitas dan kuantitas tidurnya kurang cenderung lebih mudah terserang penyakit, diantaranya adalah serangan jantung, anemia, dan tekanan darah tinggi. Hipertensi merupakan gejala yang sering ditemui pada orang dan menjadi faktor resiko utama insiden penyakit kardiovaskuler. Jika dibandingkan dengan kasus, pasien mengalami gangguan pola tidur yang terjadi pada malam hari disebabkan karena adanya rasa sakit pada bagian lehernya sehingga membuat pasien terganggu dan kualitas tidurnya menurun.

Hipertensi yang terjadi pada kasus disebabkan oleh faktor resiko pada pola hidup yang tidak sehat dimana pasien cenderung mengkonsumsi garam yang berlebihan dan kebiasaan minum kopi hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Fernalia, 2020) hipertensi dapat dipicu oleh faktor yang dapat dikontrol dan faktor yang tidak dapat dikontrol. Faktor yang dapat dikontrol diantaranya seperti obesitas, diet hipertensi (mengkonsumsi makanan rendah garam) stress, aktivitas fisik, merokok. Sedangkan faktor yang tidak dapat dikontrol diantaranya seperti genetik, jenis kelamin, dan usia. Hal ini berarti tidak semua penderita hipertensi akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang terdapat diteori yaitu: nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis intervensi keperawatan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

(mis hipnosis, akupresur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi), fasilitas istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitori nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Perfusi serebral tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah intervensi keperawatan Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), monitor panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas, hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi, hindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area keterbatasan perfusi, anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurunan kolestrol. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan intervensi keperawatan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor pola dan jam tidur, monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif, berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Sedangkan intervensi keperawatan yang terdapat pada kasus Ny. M.R berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan dibandingkan pada masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-4 telah dilaksanakan dengan baik

sesuai SIKI. Diagnosa nyeri akut b. Agen pencedera fisiologis intervensi keperawatan: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Fitria, 2020) yang melakukan teknik relaksasi napas dalam pada setiap pasien yang mengalami nyeri pada bagian kepala akibat hipertensi. Teknik relaksasi napas dalam merupakan salah satu terapi relaksasi yang mampu membrdayaakan tubuhnya untuk mengatasi gangguan yang menyerangnya dengan hasil pasien merasakan nyeri berkurang. Teknik relaksasi napas dalam merupakan metode yang efektif untuk menghilangkan rasa nyeri terutama pada pasien yang mengalami hipertensi. Perfusi perifer tidak efektif b.d. peningkatan tekanan darah intervensi keperawatan; periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wuryani, 2022) yakni intervensi untuk masalah perfusi perifer tidak efektif adalah identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (perokok, hipertensi) dan menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah (mis. Captropil).

Intoleransi aktivitas b.d. kelemahan fisik intervensi keperawatan identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, anjurkan

pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas, anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat, anjurkan tirah baring. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Amalia, 2022) intervensi keperawatan yang sejalan yaitu identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan dengan membatasi aktivitas. hipertensi mengalami terjadinya intoleransi aktivitas yang disebabkan karena adanya ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen oleh karena itu dapat menyebabkan kelemahan dan mudah lelah saat melakukan aktivitas.

Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan intervensi keperawatan Identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Handayani, 2021) dimana intervensi untuk mengurangi masalah gangguan pola tidur yang diakibatkan oleh hambatan lingkungan dengan keluhan ingin mengatasi pola istirahat dan tidur yaitu dengan rencana tindakan melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (melatih teknik relaksasi napas dalam) dan meningkatkan kualitas tidur pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. M.R dengan diagnosa 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, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur.

Hasil implementasi diharapkan bahwa setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 28 Juni 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 29 Juni 2024 dan catatan perkembangan dilaksanakan pada tanggal 30 Juni 2024. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan.

Semua intervensi dilaksanakan dengan baik dan telah mengatasi masalah sebagian, serta pasien dan keluarga mau bersama-sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada diagnosa nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif b.d. peningkatan tekanan

darah, intoleransi aktivitas b.d. kelemahan dan diagnosa gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan pada evaluasi hari-1 masalah belum teratasi. Sedangkan dievaluasi hari-2 diagnosa nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis masalah sudah teratasi sebagian, perfusi perifer tidak efektif b.d. peningkatan tekanan darah, intoleransi aktivitas b.d. kelemahan dan gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan masalah belum teratasi. Evaluasi dihari-3 diagnosa perfusi perifer tidak efektif b.d. peningkatan tekanan darah masalah sudah teratasi sebagian dimana CRT <3 dtk, wajah tampak pucat berkurang TD: 140/121 mmHg sedangkan nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis masalah sudah teratasi dimana pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan lagi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan (Sulaiman, 2024) penurunan skala nyeri terjadi pada pasien dihari ketiga. Pasien mengalami penurunan dari skala 5 ke 3. Setelah dilakukan perawatan selama 3 hari nyeri berkurang. Intoleransi aktivitas b.d. kelemahan masalah sudah teratasi dimana pasien mengatakan lemahnya sudah berkurang. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Lidya, 2022) masalah keperawatan intoleransi aktivitas dan perfusi perifer tidak efektif masalah teratasi pada hari ketiga.

Gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan masalah sudah teratasi dimana pasien mengatakan tidurnya nyenyak. Hal ini sejalan dengan hasil studi yang dilakukan oleh menjelaskan bahwa pasien dengan hipertensi didapatkan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur. Intervensi yang telah dilakukan kepada pasien yaitu dengan melatih teknik relaksasi

terhadap pasien hipertensi hal ini dapat mengurangi rasa nyeri dan meningkatkan relaksasi sehingga membantu untuk mengurangi gangguan pola tidur. Setelah dilakukan selama 3 hari masalah gangguan pola tidur teratasi.

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.R dan di dukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Data pengkajian pada pasien Ny. M.R dengan diagnosa medis hipertensi ditemukan keluhan utama pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang), kemudian didapatkan juga keluhan lainnya dimana pasien mengatakan merasa lemas saat beraktivitas, sering terbangun dimalam hari karena leher tegang dan didapatkan hasil tekanan darah 140/121 mmHg.
2. Ada empat diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus Ny. M.R yaitu nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis, perfusi perifer tidak efektif b.d. peningkatan tekanan darah, intoleransi aktivitas b.d. kelemahan dan gangguan pola tidur b.d. hambatan lingkungan.
3. Semua intervensi telah direncanakan berdasarkan buku SIKI sesuai dengan masalah tanda dan gejala dari pasien.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan selama tiga hari sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.
5. Evaluasi yang dilakukan selama 3 hari terhadap pasien Ny. M.R diperoleh hasil bahwa masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian

teratasi, masalah nyeri akut dan masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dan gangguan pola tidur teratasi.

6. Ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dalam semua proses keperawatan selama pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

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

- Agustine, Angeline. (2015), Peran Perawat Dalam Asuhan Keperawatan .
- Andri J. Padila, P., Sartika, A. Andrianto, M.B., & J, H (2021),. Changes of Blood Pressure in Hipertension Patiens Through Isometric Handgrip Execise. Jurnal of Nursing and Health.
- Anis Khairunnisa, s.n., (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda..* Samarinda :
- Annisaa Fitrah Umara, M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B. 2023. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid I. Mahakarya Citra Utama Group. Hak Cipta.
- Ariani, Nia Lukita 2019, Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipetensi Pada Lansia,
- Cipta Salva. s.n., (2016), Vol. 5. *Revitalisasi Jurnal Ilm Mnajemen*. Pengaruh Burnout Syndrome Terhadap Proses Asuhan Keperawatan, Jawa Timur, Blitar :
- Eva Sartika Da Sopang, (2021), Pengenalam Dan Pencehagan Hipertensi Serta Pengecekan Tekanan Darah Di Desa Sari Laba Jahe, Kecamatan Sibiru-Biru, Kabupaten Deli Serdang, Medan.
- Dinkes Kabupaten Ende 2023. Kasus Hipertensi di Kota Ende. Laporan Tahunan
- Dinkes NTT. 2022. Kasus Hipertensi di Nusa Tenggara Timur, Diambil pada 13 Januari 2024 dari Profil Kesehatan NTT.www.Depkes.co.id
- Fernalia, dkk, (2021), Vol. 5. *Keperawatan Silampari*. Faktor faktor yang berhubungan dengan SELF CARE MANAGEMENT Pada Pasien Hipertensi, Bengkulu :
- Firdausi Ramadhani. 2023. Faktor Determinan Kejadian Hipertensi. Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Gorontalo; firdausiramadhani410@gmail.com
- Faktor Risiko, Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi. 2023. <https://p2p.kemkes.go.id/faktor-risiko-hipertensi/>
- Humas BKPK. 2023. Prevalensi Hipertensi di Indonesia Menurun [tps://www.badankebijakan.kemkes.go.id/prevalensi-hipertensi-di-Indonesia-menurun/](https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/prevalensi-hipertensi-di-Indonesia-menurun/)

- Kementrian Kesehatan 2024, Pedoman Pengendalian Hipertensi.
<https://p2p.kemkes.go.id/pedoman-penegendalian-hipertensi/>.
- Krisma Prihatini. : s.n., (2021), Vol. 1. Penerapan Terapi Relaksasi Autogenic Terhadap Penurunan Insomnia Pada Pasien Hipertensi, Semarang
- Maseri Naibaho. s.n., (2014), Vol. 1. *Jurnal Kesehatan Indonesia*. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Perawat Pelaksana Dalam Implementasi Asuhan Keperawatan , Jakarta :
- Mia Fatma Ekasari. (2021), *Hipertensi; kenali penyebab, tanda dan gejala dan Penanganannya*. Jakarta :
- Muhammad Rijalludin. ., (2017), *Faktor faktor yang mempengaruhi hipertensi pada penderita hipertensi di kelurahan Podorejo RW 6 Ngaliyan Semarang* .
- Muhammad Yunus1, I Wayan Chandra Aditya, Dwi Robbiardy Eksa (2021), *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan*
- Noerinta Ridhasta Dewi. 2018, *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Hipertensi*. Madiun :
- Novia Puspita Sari. : s.n., (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi*. Kalimantan Timur
- Novia Puspita Sari. : s.n., (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Hipertensi*. Samarinda
- NURSING JOURNAL* s.n., (2021). *Asuhan Keperawatan Dengan Hipertensi..* Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala :
- Profil Rumah Sakit Umum Daerah Ende, 2023
- prevalensi hipertensi di dunia menurut who. 2022.
<https://daewoong.co.id/prevalensi-hipertensi-di-dunia-menurut-who-2022>
- Sari, R. H. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka baru
- SDKI DPP PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik (1 st ed)*. Jakarta: DPP Persatuan Keperawatan Indonesia.
- Sihotang, R., Utama, T. A., Aprilatutini, T., & Yustisia, N. (2020). Self Care Management Evaluation in Hypertension Patients. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 3(2), 184–202.

<https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.13935>

SIKI DPP PPNL.(2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesiaku.Jakarta
DPP PPNI.

SLKI DPP PPNI, (2018). Standar Luaran Keperawatan Indoensia, Jakarta: DPP
Persatuan Keperawatan Indonesia.

Siti Sakinah. 2020. Program Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Nusa Cendana Kupang; kikynarham44@gmail.com
(Koresponden)

Sri Hidayati. 2018. Kajian Sistematis Terhadap Faktor Risiko Hipertensi di
Indonesia. Fakultas Psikologi dan Kesehatan UIN Sunan Ampel
Surabaya. aya_2k@yahoo.com

Sudrajad,D.G.(2018).Hipertensi:kenali,gejala, cara mencegah&mengobati.

Jakarta:hhttp://ciputrahospital.com/hipertensi-kenali-gejala-cara-
mencegah-mengobati/.

Triyanto. 2014, Vol. 12.*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa
Hipertensi.*

World Health Organization, 2021;Rumah Ruang Berita Lembar Fakta Hipertensi
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertensuon>,

World Health Organization, 2022, *Prevalensi Hipertensi di Dunia*,
<https://deawoong.co.id.prevalensi-hipertensi-di-dunia-menurut-WHO-2022/>.



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M.R. DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DIRUANGAN P
ENYAKIT DALAM (RPD) III PADA TANGGAL 28 JUNI 2024**



1. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M. R.
Umur : 29 tahun
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Sudah menikah
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Suku Bangsa : Indonesia
Alamat : Desa Nuabosi
Tanggal Masuk : 26 Juni 2024
Tanggal Pengkajian : 28 Juni 2024
No. Register :
Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny. T. L.
Umur : 63 tahun
Hub. Dengan Pasien : Orangtua dari pasien

Pekerjaan : Petani

Alamat : Desa Nuabosi

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, dan leher tegang sejak tanggal 24 Juni 2024. Saat di kaji riwayat tekanan darah pasien tidak mampu mengingat riwayat tekanan darahnya. Karena sakit yang tak kunjung sembuh pasien dan ibunya memutuskan pergi berobat ke pelayanan kesehatan pada tanggal 26 Juni 2024 sore pukul 16.00 WITA. sesampainya pelayanan kesehatan pasien kemudian dirujuk ke RSUD Ende pukul 20.00 WITA pasien masuk IGD dengan hasil tensi 150/120 mmHg dan besok paginya pukul 07.30 pasien dipindahkan ke ruangan RPD III RSUD Ende.

3) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien masuk RS melalui rujukan kemudian masuk di IGD pada tanggal 26 Juni 2024 pukul 20.00 WITA dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang. Pasien mengalami sakit sejak tanggal 24 Juni 2024. Pasien didiagnosis Hipertensi, di pasang infus NACL 20 tpm di tangan kiri dan mendapat terapi injeksi omeprazole 1x40 mg, ceftriaxone 2x1 gr, furosemide 1x40 mg, paracetamol 3x1 gr

dan albumin 25% 100 cc, TD: 150/120 mmHg. setelah dari IGD pasien diantar ke RPD III pada tanggal 27 Juni 2024 pukul 07.30 WITA.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien mengatasi sakitnya dengan cara tidur dalam posisi kepala menunduk ke bantal.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan dirinya pernah mempunyai riwayat penyakit Ginjal di tahun 2023.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ini kali ketiga dirinya dirawat dengan keluhan yang sama.

3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak memiliki riwayat alergi apapun baik alergi terhadap makanan, minuman, maupun obat-obatan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Pasien mengatakan ia jarang berolahraga, lebih sering mengkonsumsi garam, suka mengkonsumsi kopi namun sejak tahun 2023 saat klien masuk RS ia mengetahui dirinya mengalami hipertensi sejak saat itu pasien sudah berhenti mengkonsumsi kopi. Saat ini pasien hanya mengkonsumsi air putih, dan susu.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit hipertensi hanya pasien sendiri.

d. Diagnosa Medis Dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi. Therapy yang didapat yaitu obat captopril.

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

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit ginjal. Pasien mengatakan biasanya ia pergi memeriksakan diri ke Dokter Aries dan mendapatkan obat.

b. Pola Nutrisi-metabolik

- Sebelum Sakit: pasien mengatakan ia makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Pasien makan nasi, sayur daun ubi, tahu, tempe dan ikan. Pasien minum 8 gelas air sehari (2000 cc).
- Saat Sakit: pasien makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. Jenis makanan yang dimakan nasi, kuah sayur, telur rebus, tempe, dan daging ayam. Pasien minum 8 gelas per hari.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

- Sebelum Sakit: pasien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

- Saat Sakit: pasien mengatakan selama di rawat ia baru BAB tadi pagi pukul 07.00 WITA dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

- Sebelum Sakit: pasien mengatakan biasanya ia BAK 3-4 kali sehari, berwarna kuning pekat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.
- Saat Sakit: Pasien mengatakan ia BAK 3 x sehari, berwarna kuning tidak pucat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Aktivitas

Kemampuan	0	1	2	3	4
Perawatan Diri					
Makan dan minum	✓				
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Ket:

0: mandiri. 1: Alat Bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

2) Latihan

- Sebelum Sakit: pasien mengatakan jarang berolahraga dan setiap harinya pasien pergi berkebun.
- Saat Sakit: pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya seperti toileting, berpakaian, mandi dan berpindah dibantu oleh ibunya.

e. Pola kognitif dan Persepsi Sensori

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

Pasien merespon dengan baik saat diajak bicara, saat ditanya beberapa pertanyaan dapat pasien jawab dengan baik.

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

f. Pola Persepsi-Konsep Diri

Gambaran diri : pasien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

Harga diri : Pasien mengatakan dirinya berharga bagi dirinya sendiri, keluarga, maupun orang sekitar.

Ideal diri : pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.

Peran diri : pasien mengatakan ia berperan sebagai ibu rumah tangga berumur 29 tahun.

Identitas diri : pasien mengatakan ia adalah seorang perempuan berumur 29 tahun dan merupakan seorang ibu.

g. Pola Tidur dan Istirahat

- Sebelum Sakit: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam mulai dari pukul 20.00-07.00 WITA. Tidak ada keluhan saat tidur.
- Saat Sakit: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam hari mulai dari pukul 20.00-06.00 WITA. Saat tidur terganggu karena leher tegang dan sakit kepala.

h. Pola Peran-Hubungan

Pasien adalah seorang kepala keluarga dan seorang ibu. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya. Saat Ini Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan.

i. Pola Toleransi Stress- Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasanya memilih keluar rumah pergi ke kebun.

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama katolik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: Lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6).

b. Tanda-Tanda Vital: Nadi = 96 x/m, suhu = 37⁰C, pernapasan = 22 x/m, tekanan Darah = 140/100 mmHg, SPO₂ = 95%,

c. Berat Badan : 38 Kg

Tinggi Badan : 155 cm.

Indeks Masa Tubuh:

Berat Badan Ideal:

d. Keadaan Fisik (*Inspeksi, Plapasi, Perkusi, Auskultasi*)

1) Kepala dan leher : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

2) Wajah pasien tampak pucat

3) Mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik.

4) Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung.

5) Mulut : Membran mukosa pucat.

6) Dada:

Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 22x/ m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi: ada nyeri tekan.

Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan.

7) Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan.

Auskultasi : Peristaltik usus 10x/m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

8) Ekstermitas

Atas: Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kanan, CRT>3 detik,

Bawah: tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

e. Neurologis

Status mental dan emosi: pasien mengatakan ia mampu mengendalikan emosinya dan apabila mendapatkan masalah ia mengalihkan emosinya dengan pergi ke kebun

- Keluhan subjektif Nyeri
- Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

5. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 26 Juni 2024

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	12.88	$10^3/uL$	3.60- 11.00
RBC	3.53	$10^6/uL$	3.80 - 5.20
HGB	6.0	g/dl	11.7-15.5
HCT	19.7	%	35.0-47.0
MCV	55.8	FL	80.0-100.0
MCH	17.0	pg	26.0-34.0
MCHC	30.5	g/dl	32.0-36.0
PLT	219	$10^3/uL$	150-440
RDW	16.9	%	10.6-15.7
NEUT%	70.1	%	50.0- 70.0
LYMPH%	2.84	$10^3/uL$	1.00-3.70
MCV	55.8	FL	80.0-100.0
NEUT#	9.03	$10^3/uL$	1.50-7.00
LYMPH%	2.84	$10^3/uL$	1.00-3.70

(Data Primer RSUD Ende, 2024).

Table 4.2 Terapi Pengobatan

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3x1gr/IV/8 jam
2.	Ceftriaxone	2x1gr/IV
3.	Ondansetrone	3x4mg/IV
4.	Furosemide	1x40mg/IV
5.	Omeprazole	4mg/IV
6.	Mecobalamin	500mg/IV
7.	Captopril	25gr/oral

(Data primer RSUD Ende, 2024)

B. TABULASI DATA

Pasien mengatakan merasa nyeri kepala, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh ibunya. KU: lemah, kesadaran composmentis: GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis, tampak lemah, tampak aktivitas dibantu oleh ibunya, ada nyeri kepala dengan skala nyeri 4 (sedang), TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂: 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

C. KLASIFIKASI DATA

DS: Pasien mengatakan nyeri kepala, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.

DO: Wajah tampak pucat, klien tampak meringis dengan skala nyeri 4 (sedang), bibir tampak pucat, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis , CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

Pengkajian nyeri (PQRST):

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

D. ANALISA DATA

NO.	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian kepala seperti ditusuk-tusuk.</p> <p>Data objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),</p> <p>Pengakajian nyeri (PQRST):</p> <p>P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah</p> <p>Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada bagian kepala</p> <p>S: Skala nyeri 4 (nyeri sedang)</p> <p>T: Nyeri dirasakan 1-2 menit</p> <p>kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370°C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit</p>	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	Nyeri Akut

	: 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.		
2	Data subjektif: - Data Objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, HGB: 6.0, KU: lemah, kesadaran composmentis, terpasang infus NaCl 20 tpm, suhu: 37°C, RR: 22x/m, SPO ₂ : 95%, TB: 3155 cm, BB saat ini: 38 kg sedangkan BB sebelum sakit: 39 kg.	peningkatan tekanan darah	perfusi serebral tidak efektif
3	Data subjektif: Pasien mengatakan badannya terasa lemah Data objektif: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, sebagian aktivitas pasien dibantu ibunya, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37°C, pernapasan : 22 x/m, SPO ₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas

4	<p>Data subjektif : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT>3 detik, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370°C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂: 95%, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.</p>	<p>Hambatan lingkungan</p> <p>Gangguan pola tidur</p>
---	--	---

E. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri dikepala seperti ditusuk-tusuk

Data objektif: pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),

Pengkajian nyeri (PQRST):

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian dada

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

- b) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif: -

Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik .

Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. HGB: 6,0, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂: 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

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

Data subjektif: pasien mengatakan badannya terasa lemas

Data objektif: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂: 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

- d) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

Data subjektif: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri dibelakang lehernya.

Data objektif: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm.

F. PERENCANAAN KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Tampak meringis menurun c. Gelisah menurun d. Sikap proktektif menurun e. Kesulitan tidur menurun	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 tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan. 2. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan 3. Membantu merilekskan otak dengan mengurangi rasa sakit 4. Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri

				<p>5. Terapi non farmakologis melalui peningkatan endorphin transmisi signal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas nyeri</p> <p>6. Pemberian analgetik dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan.</p>
2.	perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Warna kulit pucat menurun. Pengisian kapiler membaik. Turgor kulit membaik. Tekanan darah sistolik 	<ol style="list-style-type: none"> Periksa sirkulasi perifer Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Ajarkan program diet 	<ol style="list-style-type: none"> Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut Mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan sirkulasi

		<p>membalik.</p> <p>e. Tekanan darah diastolik membaik.</p>		<p>3. Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal</p> <p>4. Mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program yang ditetapkan serta untuk memmperrbaaiki sirkulasi</p>
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil.</p> <p>a. Keluhan lelah menurun</p> <p>b. Warna kulit membaik</p> <p>c. Perasaan lemah menurun</p> <p>d. Tekanan darah membaik</p> <p>e. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik</p>	<p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.</p> <p>2. Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas</p> <p>3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat</p> <p>4. Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat</p> <p>5. Anjurkan tirah baring</p>	<p>1. Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan</p> <p>2. Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan</p> <p>3. Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungn fisiologis/psikologis</p>

				<p>4. Agar pasien tidak mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat</p> <p>5. Dengan tirah baring cukup membantu mengoptimalkan atau mencukupi kebutuhan istirahat pasien</p>
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Keluhan sulit tidur meningkat</p> <p>b. Keluhan tidak puasa tidur meningkat</p> <p>c. Keluhan pola tidur berubah meningkat</p> <p>d. Keluhan istirahat tidak</p>	<p>1) Identifikasi faktor pengganggu tidur</p> <p>2) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>3) Modifikasi lingkungan</p> <p>4) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>5) Tetapkan jadwal tidur rutin</p> <p>6) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p>	<p>1. Untuk mengetahui faktor pengganggu tidur</p> <p>2. Untuk mengetahui makanan dan minuman yang dapat mengganggu tidur</p> <p>3. Mengetahui dan memodifikasi lingkungan penghambat tidur</p> <p>4. Untuk memfasilitasi penghilang stres sebelum</p>

		cukup meningkat	<p>7) Edukasi</p> <p>a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p> <p>c) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur</p>	<p>tidur</p> <p>5. Menjelaskan pada pasien dan keluarga mengenai pentingnya tidur selama sakit agar mempercepat penyembuhan</p> <p>6. Menganjurkan pada pasien dan keluarga untuk menghindari makanan dan minuman yang menghambat tidur</p>
--	--	-----------------	---	---

G. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Hari/tanggal	No. Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Hari Jumat, 28 Juni 2024	1	08.10	b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri kepala nyeri seperti ditusuktusuk.	14.00 S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di kepala
			08.15	c. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) d. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: mengajarkan pada pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut.	O: Pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tetes /menit TD: 150/100 mmHg,
			08.25	d. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan cara membatasi pengunjung.	N: 89x/menit, S: 36,8°C, RR: 20x/menit,
			08.30	e. Mengkolaborasi pemberian analgetik hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV.	SPO ₂ : 98%. A: Masalah nyeri akut

2.		2	08.40	f. Menganjurkan pasien untuk istirahat.	belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
			09.10	a. Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: melakukan vital sign Hasil: TD: 150/110 mmHg N: 84x/menit S: 36,6°C RR: 22x/menit SpO ₂ : 98%, terpasang infus Nacl 20 tpm memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT> 3 detik.	14.00 S: - O: Kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik. Kesadaran
			10.00	b. Mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi. Hasil: pasien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak 3 tahun yang lalu.	composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 150/100 mmHg,
			12.00	c. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacangan serta mengurangi konsumsi garam dan	N:89x/menit, S: 36,8°C RR: 20x/menit, SPO ₂ : 98% A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum

3.		3	<p>10.40 d. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.</p> <p>11.50 a. Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas Hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas</p> <p>11.59 b. Mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat. 3.menganjurkan pasien tirah baring Hasil: pasien mengikuti anjuran tersebut.</p> <p>12.05 c. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan ia merasa sakit kepala dan lemah ketika kembali dari toilet.</p>	<p>kopi secara berlebihan.</p> <p>teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>14.00 S: Pasien mengatakan badannya masih terasa lemas</p> <p>O: Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 150/100 mmHg, N: 89x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit,</p>
----	--	---	--	---

					<p>SPO₂: 98%</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
4.		4	<p>11.00 a. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur hasil: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa nyeri dibelakang lehernya.</p> <p>11.05 b. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</p> <p>Hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar tidak mengkonsumsi makanan yang menghambat tidur (kopi).</p> <p>11.10 c. Memodifikasi lingkungan</p> <p>Hasil: menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman.</p> <p>11.20 d. Mefasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</p> <p>Hasil: meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur.</p>	<p>14.00</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam, karena merasa nyeri dileher bagian belakang.</p> <p>O: KU: Lemah, konjungtiva anemis, tampak pucat, Tanda-tanda vital: TD : 150/100 mmHg,</p> <p>S: 36,8°C, RR: 20X/mnt, N: 89x/ mnt, kesadaran</p>	

			11.30	<p>e. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit untuk mempercepat proses penyembuhan</p> <p>Hasil: keluarga memahami dan mengikuti anjuran tersebut.</p>	<p>composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit</p> <p>A: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	--	-------	--	--

H. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal	No. Diagnosa	Catatan perkembangan
Minggu, 30 juni 2024	1	<p>S : Pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan sudah mulai berkurang.</p> <p>O: Klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri ringan). KU: baik, kesadaran composmetis TD:180/100 mmHg, N:86x/menit, S: 36,8°C, RR: 22x/menit, SPO₂ : 98%, terpasang infus Nacl 20 tetes/menit.</p> <p>A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan ntervensi 1 dan 2 dan 6</p> <p>Implementasi: pukul 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10). Jam 10.15 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV</p> <p>Evaluasi: pukul 13.00 WITA</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan.</p> <p>O: Pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10) , CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.</p> <p>A : Masalah nyeri akut telah teratasi.</p>

		P : Hentikan intervensi.
	2	<p>S: Pasien masih mengeluh pusing</p> <p>O: Kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik H:5, 80 gr/dl. KU: baik, kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit.TD:180/100 mmHg, N:88x/menit,S: 37,5°C, RR: 24x/menit, SPO₂ : 99%.</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan</p> <p>Implementasi: pukul 08.00 melakukan vital sign. Hasil: TD: 180/100 mmHg N: 86X/menit S: 36,8⁰ C, RR: 22X/menit SPO₂: 98%. Jam 09.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan. Pukul 10.20 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah.</p> <p>Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.</p> <p>Evaluasi: pukul 13.00</p> <p>S: Pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang</p> <p>O: Konjungtiva anemis, wajah tampak pucat berkurang, CRT < 3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.</p> <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi.</p>

		P : Intervensi dihentikan.
	3	<p>S: pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.</p> <p>O: Tampak segar dan masih sedikit pucat.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Implementasi: Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktiviatas. Pukul 09.20 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, pasien serta keluarga menyuapinya.</p> <p>Evaluasi pukul 13.00</p> <p>S: Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi</p> <p>O: Pasien tampak segar, pucat berkurang, CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit.</p> <p>A: Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi.</p> <p>P : Hentikan intervensi.</p>
	4	<p>S : Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak.</p> <p>O : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Tanda-tanda vital: TD: 180/100 mmHg, S: 36,8°C, RR: 22X/mnt, N: 86 x/ mnt, SPO₂: 98%.</p> <p>A : Masalah Gangguan pola tidur teratasi.</p>

		<p>P : Intervensi dipertahankan.</p> <p>Implementasi : Jam 11.20 Membatasi pengunjung di dalam ruangan untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat.</p> <p>Evaluasi pukul 13.00</p> <p>S : Pasien mengatakan tidurnya nyenyak</p> <p>OS: TD : 180/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 86x/menit, RR: 22x/menit, SPO₂: 98%</p> <p>A : Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan.</p>
--	--	---

LAMPIRAN 2

SCAN LEMBAR KONSUL



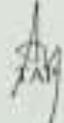
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Maria Sherlina Baru
NIM : PK. 5303202210023
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S. Kep.Ns., M.Kep
Pembimbing Pendamping: Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns. M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	05/09/2023	Latar Belakang	1. pada latar belakang dibuat dalam bentuk narasi 2. perbaikan spasi 3. perbaiki penulisan dan buat serapi mungkin 4. tambahkan data Indonesia masuk dalam urutan beberapa pada kasus	
2.	10/09/2023	Latar Belakang	1. tambahkan permasalahan ASKEP sesuai dengan kasus hipertensi 2. lanjut kerjakan BAB II	
3.	22/10/2023	BAB II	1. ganti dan perbaiki kembali pada latar belakang 2. perbaiki spasi dan ukuran font	
4.	24/02/2024	BAB II	1. tambahkan diagnosis 2. lihat dan perbaiki penulisan rata kiri dan kanan	

			<p>3. masukan rasional pada intervensi</p> <p>4. tambahkan pengertian pada pengkajian, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, dll</p>	
5.	03/04/2024	Cover Depan	<p>1. ganti dan perbaiki logo terbaru</p> <p>2. Perhatikan dan perbaiki spasi dibagian cover depan</p> <p>3. lihat pada anak bimbingan pengaji hal apa saja yang diinginkan pengaji</p>	
6.	26/04/2024		<p>1. Lengkapi proposal</p> <p>2. perbaiki daftar pustaka</p> <p>3. setiap nama pengarang harus ada di daftar pustaka</p>	
7.	03/05/2024		<p>persiapkan diri untuk naik ujian pada hari senin 13/05/2024</p> <p>ACC</p>	
		REVISI PROPOSAL		
		KATA PENGANTAR		
8.	Senin, 03 juni 2024	DAFTAR ISI	<p>1. Perbaiki di kata pengantar mengenai penulisan judul tidak perlu menggunakan huruf kapital</p> <p>2. Perbaiki penulisan pada bagian daftar isi</p>	TWP 

		BAB I	3. Tambahkan data hipertensi di Indonesia menurut SKI	
		BAB II	4. Tambahkan data hipertensi di RSUD Ende tahun 2023 dari bulan januari-desember	
		BAB II	5. Perbaiki gaffiway	
		BAB II	6. Tambahkan sumber di bagian manifestasi klinis	
		BAB II	7. Cari tahu mengenai apa itu respon RAA dan diplopa	
		BAB III	8. Lengkapi prosedur studi kasus	
		BAB III	9. Perbaiki penulisan daftar pustaka	
9.	Rabu, 12 Juni 2024	BAB I	1. Masukkan sumbernya SKI	
		BAB I	2. Masukkan data hipertensi tahun 2024	
		BAB I	3. Lihat tata cara penulisan sitasi	
		BAB III	4. Perbaiki bagian prosedur studi kasus	
			ACC	
			LANJUT TURUN PENELITIAN	

Ende, 12 Juni 2024





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



LEMBAR KONSULTASI

Nama : Maria Sherlina Baru
NIM : PKJ. 5303202210023
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S. Kep.Ns., M.Kep
Pembimbing Pendamping: Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns, M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1	Jumat, 28 Juni 2024	BAB IV Hasil Studi Kasus	<ol style="list-style-type: none"> 1. bumbukkan hasil penelitian yang sejalan dengan kasus 2. tambahkan dan jelaskan kesenjangan antara teori dan kasus nyata 3. Perbaiki penulisan nama orang di latar belakang 4. perbaiki penulisan pada bagian daftar pustaka 	
2	kamis, 4 Juli 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki pada bagian lembar persetujuan 2. pada bagian kesenjangan masukan diagnosa yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus 3. ganti ukuran logo pada cover 4. gantikan tabel pada bagian analisa data 	

3.	Rabu, 12 Juli 2024		<p>1. masukan pola-pola yang bermasalah yang terdapat pada pasien di kasus</p> <p>2. masukan pengakajian nyeri (PQRST)</p> <p>3. lihat kembali tata cara penulisan terutama pada awal kalimat</p> <p>ACC NAIK UJIAN</p>	
4.	22 Juli 2024		<p>REVISI KTI</p> <p>1. perbaiki penulisan pada bagian riwayat keluhan utama</p> <p>2. pada bagian keluhan utama perbaiki kata sakit kepala diganti dengan Nyeri di bagian kepala</p> <p>3. perbaiki penulisa pada bagian pola aktivitas dan latihan</p> <p>4. gunakan tabel terbuka</p> <p>5. pada bagian pemeriksaan penunjang bold data yang bermasalah saja</p> <p>6. pada bagian tabulasi data masukan data yang bermasalah saja</p> <p>7. perbaiki kesalahan pendobelan kata pada latar belakang</p> <p>8. masukan lampiran ASKEP</p> <p>9. perbaiki jenis huruf pada bagian daftar pustaka</p> <p>10. pada bagian pembahasan ubah kata dilihat menjadi dibatas</p> <p>11. pada pengkajian ditambahkan kalimat: pada pengkajian didapatkan data...dst</p> <p>12. pada bagian diagnosa ubah kata diangkat menjadi ditegakkan</p>	

5.	25 Juli 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki spasi pada penulisan 2. pada kesenjangan tambahkan penelitian yang sejalan dengan diagnosa maupun intervensi keperawatan pada kasus 3. pada bagian pembahasa tambahkan dan masukan intervensi yang terdapat pada teori dan kasus 4. perbaiki pada bagian penutup 	TAP AM
6.	06 Agustus 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. pada hal. 82 perbaiki kata rencana tindakan diubah menjadi intervensi 2. perhatikan kesalahan penggunaan huruf kapital pada awal kalimat di hal. 84 3. segera tambahkan lampiran ASKEP 	TAP AM
7.	02 September 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki kesalahan penulisan di kata pengantar 2. perbaiki pada bagian penutup 	TAP AM
8.	03 September 2024		<ol style="list-style-type: none"> 1. perbaiki lembar pengesahan 2. perbaiki pada bagian kata pengantar dan abstrak ukuran huruf harus sama <p>ACC</p>	TAP AM

Ende, 03 September 2024

Program Studi Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
 DIREKTORAT JENDERAL
 TENAGA KESEHATAN
 REPUBLIK INDONESIA

[Signature]
 Romeo, M. Kep. Ns., Sp. Kep. Kom

NIP. 196601141991021001

JADWAL KEGIATAN

LAMPIRAN 3

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sepetember	Oktober
Pengajuan Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I,II,III														
Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														

LAMPIRAN 4**PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Saya adalah mahasiswa dari Poliekes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada In. B. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M.R Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Thu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan peyanaan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 082311617465.

Ende, 28 Juni 2024



MARIA SHERLINA BARU
PO.5303202210023

LAMPIRAN 5

INFORMED CONSET
(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh :

MARIA SHERLINA BARU dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI

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

Ende, 27 Juni 2024

Saksi



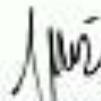
Theresia Lina Prata

Yang memberikan Persetujuan



Maria Sherlina Baru

Peneliti,



MARIA SHERLINA BARU
PO. 5303202210023

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. Data Diri**

Nama : Maria Sherlina Baru
Tempat/Tanggal lahir : Ruteng, 14 Mei 2002
Alamat : Jl. Samratulangi
Jenias Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK St. Karolus Boromeus Ruteng IV
2. SMP Negeri 2 Ende
3. SMA Negeri 1 Ende
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

“ AKAN ADA SELALU ADA JALAN MENUJU SEBUAH KESUKSESAN BAGI SIAPAPUN, SELAMA ORANG TERSEBUT MAU BERUSAHA DAN BEKERJA KERAS “