

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

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

MARIA YULIANA JA`A RIWU
NIM.PO.530320220010061

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

2024

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH :

**MARIA YULIANA JA`A RIWU
NIM.PO.530320220010061**

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

2024

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Maria Yuliana Ja'a Riwu

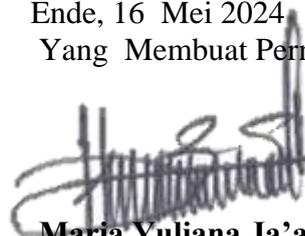
NIM : PO. 5303202210061

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

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

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

Ende, 16 Mei 2024
Yang Membuat Pernyataan



Maria Yuliana Ja'a Riwu
NIM.PO.5303202210061

LEMBAR PERSETUJUAN

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

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :



MARIA YULIANA JA`A RIWU
NIM. PO5303202210061

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing Untuk

Diujikan:

Ende, 03 September 2024

Pembimbing



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

Mengetahui,

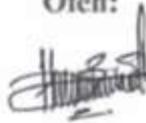
Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.A.K
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE

Oleh:



Maria Yuliana Ja'a Riwu
NIM. PO5303202210061

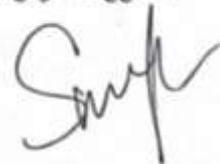
karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan

Penguji Ketua



Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep.
NIP. 198906272019021001

Penguji Anggota



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

Disahkan oleh :

Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

KATA PENGANTAR

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

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

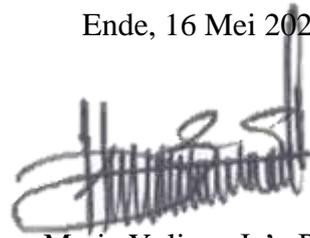
5. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende.
6. Kedua orang tua, Bapak Elias B. Riwu dan Mama Theresia Dian Astuty yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kakak saya Vinsesa Gerosa Riwu dan Kedua adik saya Antonius Aloysius Bhoka Riwu ,Christine Chimberly Riwu yang sudah menjadi salah satu alasan penulis ingin menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapa Kecil Bertolomeus E Rimba yang selalu membantu menguatkan Ketika penulis merasa kesulitan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Opa Lambertus Ruben Oma Elisabeth Mete, dan Opa Antonius Thida Oma Yulia Margaretha Sriatun.
10. Teman-teman penulis yaitu Ernes Nusa, Ayu Pemba, Selvi Selvina, Elsa wulan ,Sarry Ima , Nurhidayanti Harun yang selalu membantu menguatkan Ketika penulis merasa kesulitan dan putus asa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Mariano Fernando Molo sebagai support system yang selalu memberikan motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Tn.A.K dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

13. 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, 16 Mei 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Yuliana Ja'a Riwu', with a stylized flourish at the end.

Maria Yuliana Ja'a Riwu

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada TN. A .K Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende

Maria Yuliana Ja'a Riwu ⁽¹⁾
Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kep ⁽²⁾
Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽³⁾

Latar belakang: Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun hanya dapat dikendalikan. Pengendalian hipertensi merupakan sebuah proses yang rumit dan multi dimensi. Pengendalian tersebut maupun perorangan. Pada tingkat populasi tingkat gaya hidup dengan menerapkan kerjasama antar sektor, melakukan pendekatan multi disiplin dan melibatkan masyarakat. Sedangkan pada tingkat perorangan dengan menggunakan metode non farmakologi dan farmakologi. **Tujuan:** melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Tn.A.K dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Metode: yang digunakan adalah studi kasus Asuhan Keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi atau perencanaan, implementasi dan evaluasi pada pasien dengan Hipertensi yang di rawat di Rumah Sakit Ende tanggal 20-22 Agustus 2024. **Hasil :** Pada Tn.A.K ditemukan tekanan darah 160/100 mmHg, Sakit kepala seperti di tusuk-tusk, penglihatan kabur,dengan CRT<3 detik. Masalah yang muncul yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, Resiko perfusi serebral berhubungan dengan Kurang Pengetahuan,intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ,Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu : Setelah dilaksanakan implementasi selama 3 hari masalah keperawatan nyeri akut, resiko perfusi perifer tidak efektif sebagian tertasi , intoleransi aktivitas sebagian teratasi dan gangguan pola tidur sudah teratasi. **Kesimpulan & saran:** Oleh karena itu pasien Hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk hipertensi serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran Di harapkan agar pasien hipertensi mempertahankan pola hidup yang sehat

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi
Sumber pustaka : 31 buah
Keterangan : (1) Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Ende
(2) Dosen Prodi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for TN. A.K with a Medical Diagnosis of Hypertension in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital

Maria Yuliana Ja'a Riwu (1)
Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kep
Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep (2)

Background: Hypertension is a disease that cannot be cured but can only be controlled. Hypertension control is a complex and multidimensional process. The control is both individual. At the population level, lifestyle level by implementing inter-sectoral cooperation, taking a multidisciplinary approach and involving the community. While at the individual level using non-pharmacological and pharmacological methods. Objective: to carry out Nursing Care for Mr. A.K with a medical diagnosis of hypertension in the Internal Medicine Room III of Ende Hospital.

Method: used is a case study of Nursing Care including assessment, diagnosis, intervention or planning, implementation and evaluation in patients with Hypertension who were treated at Ende Hospital on August 20-22, 2024. Results In Mr. A.K, blood pressure was found to be 160/100 mmHg, Headache like being stabbed, blurred vision, with CRT <3 seconds. The problems that arise are Acute Pain related to Physiological Injury Agents, Cerebral perfusion risk related to Lack of Knowledge, Activity intolerance related to physical weakness, Sleep Pattern Disorders related to environmental barriers, nursing interventions carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the evaluation results were: After the implementation for 3 days, the nursing problems of acute pain, the risk of ineffective peripheral perfusion were partially resolved, activity intolerance was partially resolved and sleep pattern disorders had been resolved. Conclusion & suggestions: Therefore, hypertension patients should modify their lifestyle to be healthier by avoiding factors that can worsen hypertension and routinely taking medication regularly according to recommendations. It is hoped that hypertension patients will maintain a healthy lifestyle.

Keywords : Nursing Care, Hypertension
Library source : 31 pieces
Descriptionn : (1) DIII Nursing Study Program Students, Ende
(2) Lecturer of DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	9

2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	13
2.1.5 Pathway	15
2.1.6 Manifestasi Klinis	16
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	17
2.1.8 Penatalaksanaan	18
2.1.9 Komplikasi	21
2.1.10 Pencegahan.....	24
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	24
2.2.1. Pengkajian	24
2.2.2. Pengumpulan Data	25
2.2.3. Tabulasi Data	30
2.2.4. Klasifikasi Data.....	31
2.2.5. Diagnosa Keperawatan.....	33
2.2.6. Intervensi Keperawatan.....	34
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	41
BAB III METODE STUDI KASUS	43
3.1 Desain Studi Kasus	43
3.2 Subyek Studi Kasus.....	43
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)	44
3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus	44
3.5 Prosedur Studi Kasus	44
3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	45

3.7 Instrument Pengumpulan Data.....	45
3.8 Analisa Data.....	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	47
A. Hasil Studi Kasus.....	47
B. Pengumpulan Data.....	48
C. Pembahasan.....	80
BAB V PENUTUP.....	86
A. Kesimpulan.....	86
B.Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	89

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Klasifikasi hipertensi.....	9
Tabel 2.1. Analisa Data.....	32
Tabel 3.1 Definisi operasional	44
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 18 Agustus 2024 (DataPrimer RSUD Ende, 2024).....	57
Table 4.2 Terapi Pengobatan.....	58
Table :4.3 Analisa Data.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway	15
--------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Jadwal Kegiatan	92
Asuhan Keperawatan	93
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus	100
Informent Consent.....	101
Kartu Konsul KTI	102
Daftar Riwayat Hidup	109

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian masyarakat dunia, dapat diketahui PTM memiliki tingkat penderita dan kematian tertinggi. PTM juga menjadi salah satu penyakit yang dapat menjangkit individu dari berbagai kalangan usia dan menimbulkan angka kematian tertinggi didunia (Adinda, 2020). Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun hanya dapat dikendalikan. Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun hanya dapat dikendalikan. Pengendalian hipertensi merupakan sebuah proses yang rumit dan multi dimensi. Pengendalian tersebut maupun perorangan. Pada tingkat populasi tingkat gaya hidup dengan menerapkan kerjasama antar sektor, melakukan pendekatan multi disiplin dan melibatkan masyarakat. Sedangkan pada tingkat perorangan dengan menggunakan metode non farmakologi dan farmakologi (Ariyanto, T. F., 2020)

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat sekitar satu miliar orang didunia menderita hipertensi, diantaranya berada pada Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang prevelensi hipertensi akan terus meningkat pada tahun 2025 diperkirakan ada 1,5 miliar orang terkena penyakit hipertensi dan di perkirakan setiap tahunnya terdapat 8 juta orang yang meninggal akibat hipertensi sehingga dapat meningkatkan beban biaya kesehatan (Efiliani, 2022).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, di Indonesia setiap tahunnya terjadi 175.000 kematian akibat hipertensi, dari kasus hipertensi tersebut diketahui bahwa 337.500 kasus (75%) merupakan usia produktif (15 – 50 tahun) yang didominasi laki – laki, sisanya 112.500 kasus (25%) tidak terdiagnosis dan baru sebagian yang tercakup dalam program penanggulangan penyakit hipertensi sesuai dengan rekomendasi WHO (Fatmawati, 2019). Provinsi Nusa Tenggara Timur penderita hipertensi mencapai angka 7,2% atau 76,130 kasus (Data Dinas Kesehatan NTT, 2022 dalam Riantiano Flafianus et al., 2023). Kabupaten Ende pada tahun 2020 sebanyak 11.137 penderita, tahun 2021 18.524 penderita dan pada tahun 2022 sebanyak 12654 penderita hipertensi (Data Dinas Kesehatan Kabupaten Ende).

Data penderita hipertensi di RSUD Ende tahun 2021 sebanyak 21 orang, tahun 2022 sebanyak 57 orang dan pada tahun 2023 dari bulan Januari – Agustus sebanyak 32 penderita hipertensi di ruangan penyakit dalam

(RPD III). Penanganan hipertensi yang tidak maksimal akan memberikan dampak yang signifikan. Menurut Kemenkes (2016) dalam Kardiyudiani (2019) dampak yang ditimbulkan akibat hipertensi yakni gagal jantung, gagal ginjal, stroke dan retinopati, hipertensi merupakan faktor dominan penyebab penyakit ginjal kronik. Hasil penelitian yang dilakukan, Arifa, Dkk (2017) dari 11.405 sampel penderita hipertensi di Indonesia, sebanyak 63 sampel (0,5%) menderita penyakit ginjal kronik. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Purbianto, Dkk (2013) menjelaskan

bahwa ada 10 dari 52 (19,2%) laki-laki dengan hipertensi mengalami komplikasi gagal jantung, dan ada 12 dari 45 (26,7%) perempuan dengan hipertensi komplikasi gagal jantung. Diperkirakan setiap tahunnya 9,4 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya (Siagian & Tukatman, 2021 dalam Jabani, Asriah Septiawati. Dkk 2022).

Dampak hipertensi secara fisik dapat dilihat dengan adanya penyumbatan arteri koroner dan *infrak*, *hipertrofi* ventrikel kiri, gagal jantung, memicu gangguan serebrovaskuler dan *arteriosklerosis* koroner, serta menjadi penyebab utama kematian. Dampak secara psikologis pada penderita hipertensi diantaranya pasien mengatakan hidupnya tidak berarti akibat kelemahan dan proses penyakit hipertensi yang merupakan *long life disease* (Prastika , Yuniar Dwi, 2021) Perawat sebagai petugas kesehatan memiliki peran sebagai edukator atau pendidik. Sebagai seorang pendidik, perawat membantu klien mengenal kesehatan guna memulihkan dan memelihara kesehatan tersebut. Adanya informasi yang benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat (Manopo, Eric Johans 2018).

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyakit hipertensi ialah dengan mengatasi obesitas, menurunkan kelebihan berat badan, mengurangi asupan garam dalam tubuh, ciptakan keadaan rileks, melakukan olahraga yang teratur dan berhenti merokok (Tambunan, 2021) .

Berdasarkan hasil studi kasus peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi meliputi beberapa tahapan

yakni, perawat akan melakukan pengkajian, menganalisa data, menentukan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan implementasi serta evaluasi. Jika tidak dilakukan asuhan keperawatan atau dalam melakukan asuhan keperawatan yang tidak tepat, akan terjadi komplikasi-komplikasi dari hipertensi yaitu stroke, penyakit jantung dan gagal ginjal. Jika kelainan atau tanda komplikasi terdeteksi pada awal maka tata laksana asuhan keperawatan sebaiknya dimulai sebelum terjadi komplikasi, karena peningkatan tekanan darah yang parah (krisis hipertensi) dapat berakibat fatal. Dalam melakukan upaya penanganan kasus hipertensi di Ruang Penyakit Dalam RSUD ENDE yaitu dengan memberikan informasi yang baik dan benar tentang hipertensi dan menganjurkan untuk diet rendah garam serta memberikan informasi tentang pencegahannya dan dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat dan mencegah terjadinya penyakit lain/komplikasi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”

1.3 Tujuan

1. Tujuan umum

Menggambarkan wawasan dan pola pikir penulis dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat menggambarkan:

- 1) Pelaksanaan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi
- 2) Perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.
- 3) Perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi
- 4) Pelaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.
- 5) Pelaksanaan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.
- 6) Menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

1.4 Manfaat Studi Kasus

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

1. Manfaat Teoriti

1) Bagi penulis

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

2) Bagi perawat

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

3) Bagi pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit Hipertensi.

2. Manfaat Praktis

1) Bagi penulis Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk Menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan pada pasien dengan Hipertensi

2) Bagi institusi pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi.

3) Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang Hipertensi yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan Hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan, jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal .Berdasarkan rekomendasi *Join National committee* dalam *The Eighth Report of high Blood Pressure* menyatakan bahwa tekanan darah tinggi (Hipertensi) merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang ≥ 140 mmHg (sistolik) dan/atau ≥ 90 mmHg Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat digambarkan hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri yang mana tekanan sistoliknya ≥ 140 dan diastoliknya ≥ 90 mmHg.

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang dapat mengakibatkan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Hipertensi berarti tekanan darah di dalam pembuluh pembuluh darah sangat tinggi yang merupakan pengangkut darah dari jantung yang memompa darah keseluruhjaringan dan organ-organ tubuh (Aryantiningih & Silaen, 2018).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Menurut (Indonesia, 2023) klasifikasi hipertensi sebagai berikut:

Tabel 1.1 Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi tekanan darah tinggi	Tekanan darah sistol (mmHg)	Tekanan darah diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 – 129	80 – 84
Normal – Tinggi	130 – 139	85- 89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	≥110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	< 90

Selain klasifikasi di atas, hipertensi juga dapat diklasifikasi berdasarkan penyebabnya, yaitu hipertensi primer/ hipertensi esensial dan hipertensi sekunder/hipertensi nonesensial.

- a. Hipertensi primer disebut juga sebagai hipertensi idio patik karena hipertensi ini memiliki penyebab yang belum diketahui tersebut sering dihubungkan dengan faktor gaya hidup yang kurang sehat. Hipertensi primer merupakan hipertensi yang paling banyak terjadi, yaitu sekitar 90% dari kejadian hipertensi.
- b. Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang disebabkan oleh penyakit lain, seperti penyakit ginjal, kelainan hormonal, atau Gpenggunaan obat tertentu.

2.1.3 Etiologi

Hipertensi disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor yang dapat di ubah dan factor yang tidak ubah.

a. Faktor yang tidak dapat di ubah

1) Riwayat keluarga

Seseorang dengan riwayat hipertensi keluarga, beberapa gen bereaksi dengan lainnya dan lingkungan yang menyebabkan tekanan darah naik (Inayati, 2023)

2) Usia

Hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia, penuaan mempengaruhi baroreseptor yang terlibat dalam pengaturan tekanan darah dan kelenturan arteri. Ketika arteri menjadi kurang lentur tekanan darah pembuluh meningkat. Ini sering kali tampak jelas sebagai peningkatan bertahap tekanan sistolik seiring dengan penuaan (Halimah , 2023)

3) Jenis kelamin

Hipertensi lebih banyak terjadi pada pria dari pada wanita ini disebabkan oleh hormone estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein* (HDL). Kadar kolesterol yang tinggi merupakan perlindungan dalam mencegah terjadinya *arterosklerosis* (Wulandari, Ayu, 2022)

b. Faktor yang dapat di ubah

1) Kebiasaan merokok

Merokok merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya hipertensi. Rokok banyak mengandung zat kimia yang berbahaya seperti nikotin, tar, dan sebagainya. Kandungan kimia pada rokok menyebabkan

terjadi plak – plak penyebab sumbatan pada arteri atau pada sistem sirkulasi peredaran darah sehingga mengganggu metabolisme dan memperberat kerja jantung (Wulandari F. W. & Dianita, 2023).

2) Kebiasaan minum alkohol

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Rahardjo & Samudera (2021) mengatakan bahwa meminum alkohol dalam frekuensi yang kadang - kadang memiliki kecenderungan untuk mengalami hipertensi ringan. Minuman alkohol dihasilkan dari proses frementasi dan melibatkan bahan – bahan seperti hewan tertentu. Dalam minuman beralkohol terkandung etanol. Jika dikonsumsi, minuman beralkohol dapat menyebabkan penurunan kesadaran dan berkontribusi terhadap sirosis hati, kanker, dan hipertensi (Raharjo, 2021).

3) Pola makan yang buruk (Asupan lemak)

Konsumsi makanan yang berlemak tinggi menyebabkan risiko hipertensi karena tingginya konsumsi lemak berakibat peningkatan lemak dalam darah dan menyebabkan pembentukan lemak dalam darah dan menyebabkan pembentukan plak. Plak akan berakibat menjadi arterosklerosis sehingga menyebabkan pembuluh darah elastisitasnya menurun dan akan mengakibatkan tekanan aliran darah koroner terjadi penyempitan sehingga peningkatan tekanan darah (Syah, 2021)

4) Stress

Stress fisik dan emosional menyebabkan kenaikan sementara tekanan darah, tetapi peran stress pada hipertensi belum diketahui secara jelas. Tekanan darah normalnya berflutuasi selama siang hari, yang naik pada aktifitas, ketidak nyaman, atau respon emosional seperti marah. stress yang sering atau terus – menerus dapat menyebabkan hipertrofi otot polos vaskular atau mempengaruhi jalur integratif sentral otak sehingga menyebabkan terjadinya hipertensi. (Wulandari A. & Senja,2023).

5) Obesitas

Seseorang dengan obesitas cenderung lebih mempunyai resiko yang lebih besar untuk mengalami penyakit hipertensi. Hal tersebut dikarenakan lemak-lemak yang menumpuk pada seseorang yang mengalami obesitas akan menyebabkan adanya sumbatan di pembuluh darah yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah (Handayani, 2023).

4) Kebiasaan konsumsi garam

Asupan natrium yang tinggi sering kali dikaitkan dengan retensi air sehingga volume tekanan darah menjadi naik. Konsumsi natrium dalam jumlah yang banyak dapat mengakibatkan kelebihan pengeluaran hormon natrioretik yang nantinya secara tidak langsung dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah (Purnomo, 2020).

5) Kurang aktivitas fisik

Kurang aktivitas fisik akan menurunkan proses pembakaran kalori, terutama diiringi dengan konsumsi makanan yang tinggi kalori. Akibatnya, penimbunan lemak akan meningkat, sehingga akan menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan kontribusi terjadinya hipertensi (Kusparlina , 2022).

6) Durasi tidur

Durasi waktu tidur yang cukup kurang lebih 8 jam/hari di harapkan dapat menghindari risiko penyakit selain itu, durasi tidur yang tidak cukup menyebabkan kadar leptin dalam darah menurun sehingga berpengaruh pada sistem saraf simpatis yang mengakibatkan tekanan darah meningkat

(Oematan. G, 2021 a).

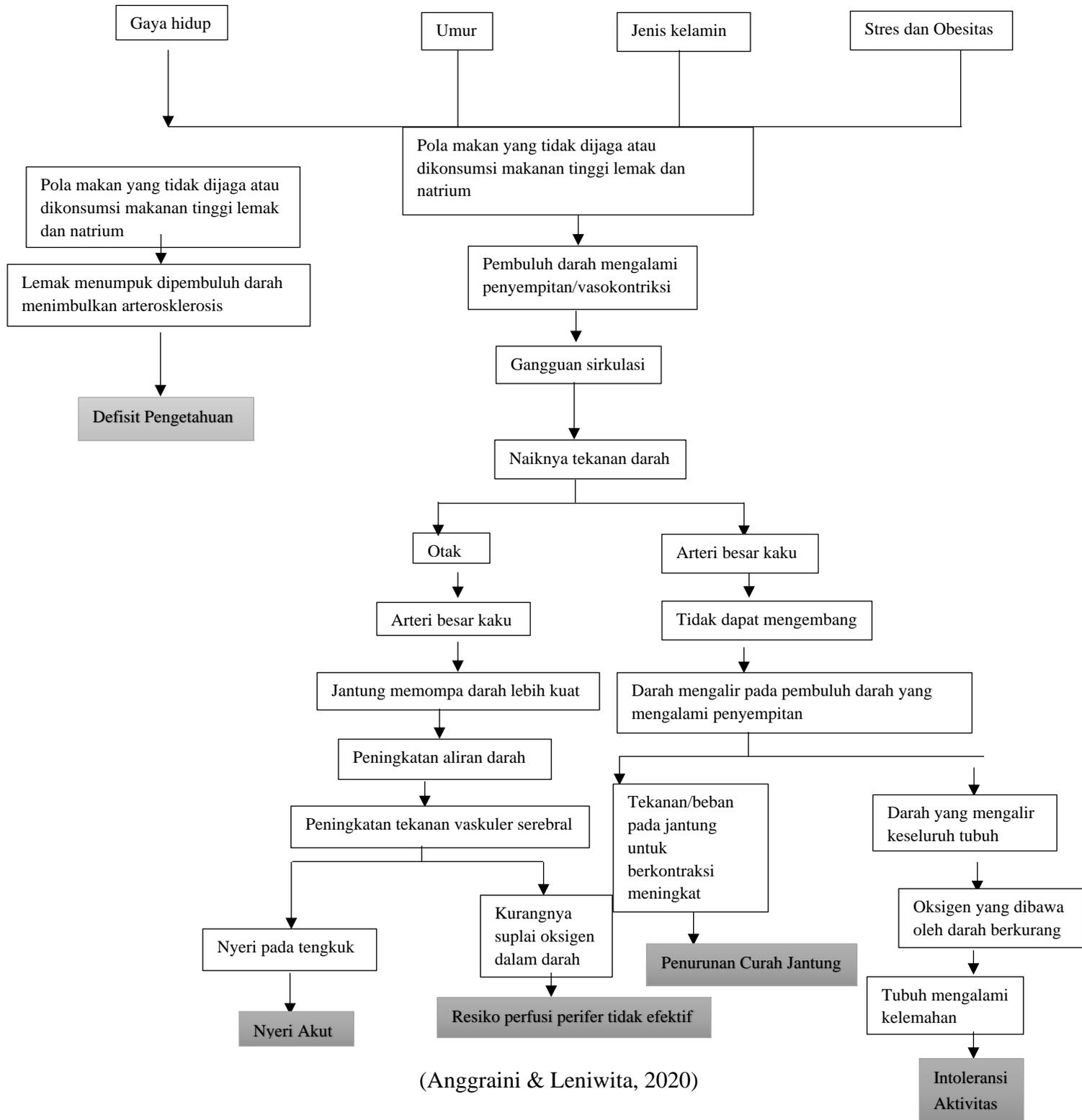
2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi hipertensi belum diketahui. Sejumlah kecil klien antara 2-5% memiliki penyakit dasar ginjal atau adrenal yang menyebabkan peningkatan tekanan darah .Namun, masih belum ada penyebab tunggal yang dapat diidentifikasi. Kondisi inilah yang disebut sebagai “hipertensi esensial”. Sejumlah mekanisme fisiologis terlibat dalam pengaturan tekanan darah normal, yang kemudian dapat turut berperan dalam terjadinya hipertensi esensial. Penyebab hipertensi primer tidak diketahui, meskipun telah banyak penyebab yang dapat diidentifikasi. Penyakit ini memungkinkan banyak factor, termasuk :

- a. Arteriosklerosis
- b. Meningkatnya pemasukan sodium
- c. Baroreseptor
- d. Renin secretion
- e. Renal excretion dari sodium dan air
- f. Faktor genetik dan lingkungan

Peningkatan cairan dan peningkatan resistensi periferal merupakan dua dasar mekanisme penyebab hipertensi. Banyak yang menduga bahwa hipertensi memberatkan pembentukan plaque. Pihak lain menemukan bahwa plaque berisi arteri menyebabkan tekanan darah meningkat. Peranan ahli gizi dalam pemasukan sodium dan hipertensi juga kontroversial. Studi empiris menyatakan terdapat hubungan antara tingginya sodium pada individu yang berdampak pada tingginya tekanan darah. Sebaliknya, turunnya tekanan darah diikuti dengan pengurangan sodium dalam diet. Baroreseptor (proses reseptor) mengontrol perengangan dinding arteri dengan menghalangi pusat vasokonstriksi medulla. Ketidakcocokan sekresi renin, precursor, dari angiotensin II. Precursor ini menyebabkan kontriksi arteri dan meningkatnya tekanan darah, kelanjutan dari kontriksi pembuluh-pembuluh darah menyokong terjadinya vaskular sklerosis dan merugikan pembuluh darah. Disini, terdapat penebalan intra-arteriolar dan penempatan kembali kelembutan otot dan garis jaringan elastic dengan jaringan fibrotik. Perederan dan nekrosis (kematian jaringan) selanjutnya merusak pembuluh darah dan mengagalkan meningkatnya perlawanan vaskular.

2.1.5 Pathway



2.1.6 Manifestasi Klinis

Pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apa pun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat (kumpulan cairan), penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat, edema pupil (edema pada diskus optikus). Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampakkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala, bila ada, menunjukkan adanya kerusakan vaskular, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma (peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatinin). Keterlibatan pembuluh darah otak mungkin terjadi (stroke atau serangan iskemik transien) misalnya, alterasi penglihatan dan penuturan (speech), pusing, lemah, jatuh mendadak, hemiplegia transien atau permanen) (Smeltzer, dkk, 2010). Smeltzer, dkk. (2010) menyatakan sebgaiian besar gejala klinis yang timbul, yaitu :

- a. Pemeriksaan fisik mungkin tidak menunjukkan kelainan selain tekanan darah tinggi.
- b. Perubahan retina dengan perdarahan, eksudat, arteriol yang menyempit, dan bintik kapas-wol (infark kecil), dan papilledema dapat dilihat pada hipertensi berat.

Gejala biasanya menunjukkan kerusakan vaskular yang berhubungan dengan sistem organ yang difasilitasi oleh pembuluh yang terlibat. Penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokard adalah konsekuensi yang paling umum. Hipertrofi ventrikel kiri dapat terjadi; gagal jantung bisa terjadi kemudian.

- a. Perubahan patologis dapat terjadi pada _ ginjal (nokturia dan peningkatan kadar Blood Urea Nitrogen (BUN) dan kreatinin).
 - b. Adanya keterlibatan serebrovaskular (serangan iskemik atau transien iskemik (TIA) (yaitu, perubahan dalam penglihatan atau ucapan, pusing, kelemahan, pingsan tiba-tiba, atau hemiplegia sementara atau permanen).
- (Ni ketut & Brigitta Ayu, 2019)

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

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

- a. Hemoglobin/hematrokrit : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemi.
- b. Blood urea nitrogen (BUN)/kreatinin: untuk memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal
- c. Glukosa : untuk mengkaji adanya hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

- d. Urinalisa : untuk mengkaji tekanan darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes mellitus.
- e. EKG : untuk menunjukkan pola regangan, dimana luas dan peninggian gelombang adalah salah satu tanda dini jantung hipertensi.
- f. Foto thoraks : untuk mengkaji adanya pembesaran jantung.

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :
 - a. Terapi oksigen
 - b. Pemantauan hemodinamik.
 - c. Pemantauan jantung
 - d. Obat-obatan :
 - 1) Diuretik : mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan eksresi garam dan airnya.
 - 2) Penyekat saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influks kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagian penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk aluran kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vascular. Dengan demikian, berbagai penyekat kalsium mempunyai kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung, volume sekuncup, dan TPR.

- 3) Penghambat enzim mengubah angiotensin I atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II kondisi ini menurunkan darah secara langsung, dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung,. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradykinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan.
- 4) Antagonis (penyekat) reseptor beta (β -blocker, terutama penyekat selektif, bekerja di reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- 5) Antagonis reseptor alfa (menghambat reseptor alfa di otot vascular yang secara normal berespons terhadap rangsangan simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- 6) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya natrium, nitroprusida, noikardipin, hidralazin, nitrogliserin, dll.

2. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan resiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan. Tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik

dibawah 140 mmHg dan tekanan diastolic dibawah 90mmHg dan mengontrol faktor risiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensin (Tursinta & A, 2022). Penatalaksanaan faktor risiko dilakukan dengan cara pengobatan setara non farmakologis, antara lain :

a. Pengaturan diet

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

b. Rendah garam, diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari.

c. Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intra vena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vascular.

d. Diet kaya buah dan sayur.

e. Diet rendah kolesterol sebagai pencegahan terjadinya jantung coroner

3. Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas, pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi

penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan BB 1kg/minggu sangat dianjurkan

4. Olahraga

Olahraga teratur seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki tekanan jantung. Olahraga isotonik juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur sebanyak 30 menit sebanyak 3-4 kali dalam satu minggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan kadar HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya arterosklerosis akibat hipertensi.

5. Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat.

Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

2.1.9 Komplikasi

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

1. Stroke

Dapat terjadi akibat hemoragi tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hipertrofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

2. Infark Miokard

Dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium atau apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertrofi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertrofi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu hantaran listrik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan risiko pembentukan bekuan.

3. Gagal Ginjal

Dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membrane glomerulus, protein akan keluar melalui urine

sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

4. Ensefalopati (Kerusakan Otak)

Dapat terjadi, terutama pada hipertensi maligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan ke ruang interstisial di seluruh susunan saraf pusat. Neuron disekitarnya kolaps dan terjadi koma serta kematian.

5. Kejang

Dapat terjadi pada wanita preeklampsia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasenta yang tidak adekuat, kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

6. Retinopati

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

2.1.10 Pencegahan

Risiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan :

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari).
- b. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km/ olahraga 30 menit per hari minimal 5x/minggu).
- c. Tidak merokok dan menghindari asap rokok.
- d. Diet dengan Gizi Seimbang.
- e. Mempertahankan berat badan ideal.
- f. Menghindari minuman alkohol (Kemenkes, 2021)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

1. Definisi

Hipertensi terjadi jika tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan di mana terjadi peningkatan tekanan darah secara abnormal dan terus-menerus pada beberapa kali pemeriksaan, tekanan darah yang disebabkan satu atau beberapa faktor risiko yang tidak berjalan sebagaimana mestinya dalam mempertahankan tekanan darah secara normal. Hipertensi berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik atau tekanan diastolik atau tekanan keduanya. Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah tinggi persisten di mana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Pada populasi manula, hipertensi sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Smeltzer, dkk., 2010).

2.2.2. Pengumpulan Data

Pengkajian fokus pada pasien dengan hipertensi

1. Identitas
2. Usia : semakin tua usia akan terjadi degenerasi sehingga rentan untuk terkena hipertensi
3. Jenis kelamin : laki-laki lebih rentan terkena hipertensi karena gaya hidup tidak sehat karena sering merokok dan minum minuman beralkohol
4. Pekerjaan : beban kerja yang semakin banyak dapat menimbulkan stress dan meningkatnya tekanan darah
5. Alamat : tinggal di lingkungan yang mempunyai kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol akan mempengaruhi orang rentan terkena hipertensi
6. Pendidikan : orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah tidak mengetahui tentang bahaya penyakit hipertensi sehingga mereka menganggap penyakit tersebut tidak berbahaya
 - a. Riwayat kesehatan
 - 1) Riwayat penyakit sekarang : pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh Sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing.
 - 2) Riwayat penyakit dahulu : Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering merasa kelelahan dan nyeri pada bagian tengkuk.

3) Riwayat penyakit keluarga : ada riwayat keluarga yang terkena hipertensi

b. Pengkajian perpola

1) Pemeriksaan pola kesehatan

a) Pola persepsi kesehatan-pola pemeliharaan kesehatan
Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid bisa menjadi faktor resiko timbulnya penyakit.

b) Pola Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah kesulitan aktivitas akibat kelemahan, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, kelelahan.

c) Pola sirkulasi

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

d) Pola Eliminasi

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

e) Nyeri atau ketidaknyamanan

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

f) Pola istirahat dan tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia.

g) Pola kognitif-presepsi sensori

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

P : Paliatif (yang mengurangi atau meningkatkan nyeri)

Q: Kualitas (Frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

R : Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S : Skala nyeri 1-10

T : Kapan keluhan dirasakan dan lamanya

h) Pola seksual reproduksi

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

i) Pola mekanisme koping

Menjelaskan terakait pola koping, toleransi pada supportsystem dan sres.

j) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

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

k) Pola nilai dan kepercayaan

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

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan- kelainan dari suatu sistem 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.

1) Pemeriksaan Tekanan Darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri. Tekanan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti curah jantung, ketegangan arteri, dan volume, laju serta kekentalan (viskositas) darah. Tekanan darah biasanya digambarkan sebagai rasio tekanan sistolik terhadap tekanan diastolik, dengan nilai dewasa normalnya berkisar dari 100/60 sampai 140/90.

2) Pemeriksaan nadi

Pemeriksaan nadi dilakukan pada penderita hipertensi menunjukkan frekuensi nadi meningkat $<100x$ /menit, serta irama nadi tidak teratur.

3) Pemeriksaan Vena Jugularis

Pada penderita hipertensi akan mengalami peningkatan denyut vena jugularis.

4) Pemeriksaan Jantung

a) Inspeksi

Pada bentuk dada “Veussure Cardiac” terdapat penonjolan setempat yang lebar di daerah precordium, di antara sternum dan apeks cordis. Kadang-kadang memperlihatkan adanya 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.

5) Pemeriksaan Paru-paru

a) Inspeksi

Pada penderita hipertensi tampak penggunaan otot bantu pernapasan

b) Auskultasi

Pada penderita hipertensi biasanya saat dilakukan pemeriksaan suara napas terdengar bunyi napas tambahan rhonci dan wheezing.

6) Ekstermitas

Biasanya penderita hipertensi akan mengalami, CRT <3detik, akral teraba dingin, tampak pucat, tidak ada edema.

2.2.3. Tabulasi Data

Pasien sering mengalami kelemahan, letih, nafas pendek, gaya hidup monoton, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea, aterosklerosis (penumpukan lemak pada dinding arteri), penyakit jantung, coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, episode palpitasi (detak jantung $\geq 100x/menit$), tekanan darah meningkat, keluhan pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), tampak meringis, gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur, epistakis), penurunan kekuatan genggaman tangan, angina

(penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, batuk dengan/tanpa sputum, riwayat merokok, distres pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan (crakles/mengi) dan sianosis.

2.2.4. Klasifikasi Data

1. Data Subjektif : Pasien sering mengalami kelemahan, letih, keluhan pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan (diploopia, penglihatan kabur, epistaxis), penurunan kekuatan genggaman tangan, batuk dengan/tanpa sputum, riwayat merokok, episode palpitasi (detak jantung ≥ 100 x/menit), dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja.
2. Data Objektif : napas pendek, gaya hidup monoton, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea, aterosklerosis (penumpukan lemak pada dinding arteri), penyakit jantung, coroner/katup dan penyakit serebrovaskuler, tekanan darah meningkat, angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), takipnea, ortopnea, distres pernafasan/penggunaan otot aksesori pernafasan, bunyi nafas tambahan (crakles/mengi) dan sianosis, tampak meringis, nadi meningkat.

3. Analisa Data

Tabel . 2.1. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Data Subjektif : palpitasi, pasien sering mengalami kelemahan, letih, dyspnea. Data Objektif : tekanan darah meningkat, sianosis, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung).	Perubahan Afterload	Penurunan curah jantung
Data Subjektif : - Data Objektif : -	Penurunan kinerja ventrikel kiri	Resiko perfusi serebral tidak efektif
Data Subjektif : keluhan pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam). Data Objektif : tekanan darah meningkat, takipnea.	Agen Pencedera Fisiologi	Nyeri akut
Data Subjektif : dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, pasien sering mengalami kelemahan, letih. Data Objektif : , frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, sianosis.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktifitas
Data Subjektif : tidak mengetahui penyebab penyakit yang dialaminya Data Objektif : tampak kebingungan	Kurang terpapa informasi	Defisit Pengetahuan

4. Prioritas Masalah

- a. Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.
- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri.
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

2.2.5. Diagnosa Keperawatan

1. Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang ditandai dengan:
 - DS : Palpitasi, pasien sering mengalami kelemahan, letih, dyspnea.
 - DO : Tekanan darah meningkat, sianosis, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung).
2. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri yang ditandai dengan:
 - DS :-
 - DO :-
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.
 - DS : Keluhan pening/pusing berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).
 - DO : Tekanan darah meningkat, takipnea.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
 - DS : Dispnea yang berkaitan dari aktivitas/kerja, pasien sering mengalami kelemahan, letih.
 - DO : Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, sianosis.

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

DS: : Tidak mengetahui penyebab penyakit yang dialaminya

DO : Tampak kebingungan

2.2.6. Intervensi Keperawatan

1. Resiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

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

Kriteria Hasil :

Bradikardia menurun (5)

Takikardia menurun (5)

Dispnea menurun (5)

Pucat sianosis menurun (5)

Letih menurun (5)

Intervensi : **Perawatan jantung**

Observasi

1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)

Rasional: perawat dapat mengetahui tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea)

2) Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, distensi vena jugularis, palpitasi batuk, kulit pucat)

Rasional : Perawat dapat mengetahui tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, distensi vena jugularis, palpitasi batuk, kulit pucat)

- 3) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)

Rasional: Perawat dapat mengetahui Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)

- 4) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.

Rasional: Perawat mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas.

Terapeutik

- 1) Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

Rasional: Perawat memberikan rasa nyaman pada pasien

- 2) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat.

Rasional: Pasien bisa menerapkan gaya hidup sehat

- 3) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu.

Rasional : Klien merasakan relaksasi untuk mengurangi stress

- 4) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%.

Rasional perawat dapat memper saturasi oksigen

Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.

Rasional: Klien bias melakukan aktivitas bertahap

2. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri.

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

Kriteria Hasil :

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

Intervensi: **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya : tekanan darah meningkat).

Rasional: perawat Mengetahui tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya : tekanan darah meningkat).

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: perawat mampu memberikan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

2) Berikan posisi semi fowler.

Rasional: klien merasa nyaman

3) Cegah terjadinya kejang

Rasional: mencegah terjadinya kejang

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

Rasional: mempercepat proses penyembuhan

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis.

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

Kriteria Hasil :

1) Keluhan nyeri menurun(5)

2) Meringis menurun(5)

3) Gelisa menurun (5)

4) Kesulitan tidur menurun(5)

5) Ketegangan mneurun (5)

6) Pola napas menurun (5)

Intervensi :**Manajemen Nyeri**

Observasi

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : Perawat mengetahui Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional : Perawat mengetahui skala nyeri

3) Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri

Rasional: Perawat mengetahui factor yang memperberat dan meringankan nyeri

Terapeutik

1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: perawat memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Rasional: Klien dapat merasakan kenyamanan

3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Klien dapat beristirahat dengan nyaman

Edukasi

1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Perawat mampu menjelaskan penyebab, priode, pemicu nyeri .

2) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

3) Rasional: perawat mampu Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Agar membantu proses penyembuhan

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan menurun (5)
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun (5)
- 3) Sianosis menurun (5)

Intervensi : Manajemen Energi

Observasi

- 1) Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Rasional: Perawat mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 3) Monitor kelelahan fisik dan emosional
Rasional: Perawat dapat memonitor kelelahan fisik dan emosional

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring.
Rasional: Mempercepat penyembuhan
- 2) Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap
Rasional: Klien mampu melakukan aktifitas secara bertahap

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus.

Rasional: Klien merasa nyaman

- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif.

Rasional: Klien dapat melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif.

- 3) Berikan aktifitas distraksi yang menyenangkan

Rasional : Membantu distraksi yang menyenangkan

Kolaborasi

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

Rasional : Untuk membantu meningkatkan asupan maka

5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah

Defisit pengetahuan

Kriteria hasil:

- 1) Kemampuan meningkat (5)
- 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic (5)

Intervensi utama: **Edukasi kesehatan**

Observasi:

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: Untuk mempersiapkan kemampuan menerima informasi

- 2) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dengan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional: Untuk memotivasi perilaku hidup bersih dengan sehat

Terapeutik:

- 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: untuk memperdalam mengenal penyakit

- 2) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: Untuk mencoba kembali materi yang di jelaskan

Edukasi:

- 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: Untuk memperkenalkan resiko yang dapat terjadi

- 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

Rasional : Mengajarkan perilaku hidup sehat

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Impelemntasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana sudah di buat

2.2.5 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.

BAB III

METODE STUDI KASUS

3.1 Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Hipertensi.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan diagnosa medik Hipertensi yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Adapun subyek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik.

3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Istilah	Definisi
1	Hipertensi	Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri yang mana tekanan sistoliknya ≥ 140 dan diastoliknya ≥ 90 mmHg.
3	Asuhan Keperawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan di lakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada bulan Juni 2024.

3.5 Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data, pertama melakukan pengurusan surat ijin di kantor Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (KESBANGPOL) Kabupaten Ende, kemudian ke ruangan Administrasi RSUD Ende untuk mendapat ijin penelitian di ruangan selanjutnya di arah ke ruangan untuk bertemu dengan kepala ruangan untuk membantu proses penelitian sehingga bisa dilakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress-koping, pola nilai-kepercayaan.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui pengukuran tekanan darah pasien menggunakan tensimeter.

c. Studi Dokumentasi

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

3.7 Instrument Pengumpulan Data

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

3.8 Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, Rumah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah kabupaten Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang pantry, 1 ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, perawat berpendidikan S1 berjumlah 6 orang, perawat berpendidikan D3 berjumlah 10 orang, 1 orang administrasi dan 2 orang cleaning service. Penyakit terbanyak selama 1 tahun ini DM sebanyak 5 kasus, CKD sebanyak 3 kasus, Pneumonia 9 kasus, Hipertensi 8 kasus, TBC 9 kasus, General wiknes 10 kasus, Anemia 5 kasus, Asma 5 kasus, CHF 5 kasus.

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi rawat jalan, Instalasi rawat inap, Instalasi rawat darurat, Unit penunjang medis dan Unit penunjang non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi, dan Poli fisioterapi. Instalasi rawat inap terdiri dari Ruang penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat penyakit kandungan, dan Kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang Rawat Intensif

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

2. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2024, pukul 09.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam (RPD) III RSUD Ende.

B. Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Studi kasus dilakukan pada Tn. A. K. yang berumur 55 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam (RPD) III ruangan A. pasien berjenis kelamin laki-laki, beragama Khatolik, alamat tempat tinggal Jl. Flores, status pasien sudah menikah, dengan pendidikan terakhir SMA, pekerjaan wiraswata. Penanggung jawab pasien yaitu Ny.M. P. sebagai istri dari pasien yang berumur 51 tahun, pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan IRT. Dan di karuniai 6 orang anak .

2) Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan sakit kepala seperti di tusuk- tusuk, dan penglihatan kabur. PQRST.

(PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah,

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada kepala,

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang),

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

2) Riwayat Keluhan Utama

Pada hari Minggu 18 Agustus 2024 pasien di bawah ke RSUD Ende

Pada jam 15.30 menuju ke IGD dengan keluhan pasien Jatuh dan tidak sadarkan diri

3) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien masuk RS pada tanggal 18 Agustus 2024 pukul 15.30 dikarenakan pasien jatuh dan tidak sadarkan diri. Setelah dari IGD pasien diantar ke

RPD-III pada tanggal 19 Agustus 2024 pukul 07.30 WITA.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengatakan saat pasien tidak sadarkan diri keluarga langsung membawa ke RSUD

5) Pengobatan yang di peroleh (IGD)

Captopril 3×25mg, Omeprazole 1×40mg, Ceftriaxzone 2×1gr dan Paracetamol 3×1gr

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan penyakit yang pernah dialami yaitu penyakit lambung

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ini kali kedua dirinya dirawat dengan keluhan yang sama di Rumah Sakit Siloam

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 makan yang mengandung tinggi garam, merokok /hari 1 bungkus dan meminum kopi.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya ada yang terkena penyakit yang sama yaitu bapaknya.

d. Diagnosa Medis Dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi

2. Kebutuhan Dasar

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien mengatakan bahwa ia sudah menderita penyakit Hipertensi sejak 1 tahun lama. Pasien tidak pernah memeriksa kesehatannya, pasien lebih konsumsi makan-makan yang mengandung tinggi garam dan berminyak. Jika sakit pasien pergi memeriksa kesehatan difasilitas kesehatan.

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 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.

b. 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 ini Pasien mengatakan selama di rawat ia belum 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 ini Pasien terpasang kateter urine dan produksi urine 500cc

c. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan untuk aktivitas makan dan minum sebagian di bantu seperti mandi, toileting, berpakaian dan berpindah dibantu oleh ibunya.

Sebelum sakit pasien mengatakan jarang berolahraga .

Saat ini pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya dibantu oleh istri dan anaknya

d. Pola kognitif dan Persepsi Sensori

Sebelum sakit Pasien mengatakan penglihatan normal dan pendengarannya juga normal. Saat ini pasien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan pendengarannya sedikit terganggu

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah,

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada kepala,

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang),

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

e. 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 Kepala rumah tangga berumur 55 tahun.

Identitas diri : Pasien mengatakan ia adalah seorang bapak berumur 55 tahun dan merupakan bapak dari ke enam anaknya.

f. 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 dan istirahat siang 1-2 jam.

Saat ini Pasien mengatakan susah tidur dikarenakan kepala terasa sakit dan ribut

g. Pola Peran-Hubungan

Sebelum Sakit Pasien adalah seorang kepala keluarga dan seorang bapak 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.

h. Pola Toleransi Stress- Koping

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

i. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama Katholik, sering pergi ibadah ke Gereja dan selalu berdoa.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

KU: Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital Nadi : 90x/m, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, tekanan Darah : 160/100 mmHg, SPO2 : 99%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70Kg, tinggi Badan : 170cm.

BMI:63kg (Normal)

IMT:23,52

a) Keadaan Fisik

1) Wajah

Inspeksi : Kulit bersih, tidak ada ketombe

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Inspeksi : Wajah pucat

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Inspeksi : Mata konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik

Inspeksi : Hidung simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Inspeksi : Membrane mukosa pucat

2) Leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

3) Thorax

Inspeksi : Dada tampak simetris, Frekuensi napas 22x/menit, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan.

Palpasi : Fremitus kiri dan kanan sama

Auskultasi : Vesikuler

Inspeksi : Iktus kordis tidak terlihat

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Irama jantung irregular

4) Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar dan lien, asites.

Perkusi : Terdapat bunyi tympani.

Auskultasi : Peristaltik usus 10x/menit

5) Genetalia

Tidak dilakukan pemeriksaan karena menjaga privasi pasien

6) Ekstremitas atas

Inspeksi : Tidak ada edema, terpasang infus NaCl 0,9% 820 tpm di tangan kiri

Palpasi : Akral teraba dingin, CRT <3 detik, nadi teraba kuat

H. Ekstremitas bawah

Inspeksi : Tidak terdapat edema tidak ada nyeri tekan

4. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 18 Agustus 2024 (DataPrimer RSUD Ende, 2024).

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	11.88+	10 ³ /uL	3.80- 10.60
RBC	0.82-	10 ⁶ /uL	4.40-5.90
HGB	6.0	g/dl	13.2-17.3
HCT	41.0	%	40.0-5.90
MCV	80.9	FL	80.0-100.0
MCH	25.6-	pg	26.0-34.0
MCHC	31.7	g/dl	32.0-36.0
PLT	267	10 ³ /uL	150-450
RDW	16.9	%	37.0-54.0
PDW	9.8	fl	9.0- 13.0
MPV	9.5	Fl	9.0-13.0
P.LCR	20.0	%	13.0-43.0
NEUT%	88.8+	%	1.50-7.00
LYMPH%	6,9-	10 ³ /uL	1.00-3.70
MCV	80.9	FL	80.0-100.0
NEUT#	10.46	10 ³ /uL	1.50-7.00
LYMPH%	6.9-	10 ³ /uL	1.00-3.70
MPV	9.5	[%]	9.0-17.0

Terapi pengobatan (Data primer RSUD Ende,2024)

Table 4.2 Terapi Pengobatan

No	Nama obat	Dosis	Cara	Indikasi
1.	Paracetamol	3x1gr/8 jam	IV	Meredahkan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit
2.	Ceftriaxone	2x1gr	IV	Mengatasi infeksi bakteri
3.	Ondansentron	3x4mg	IV	Meredahkan mual muntah
4.	Furosemide	1x40mg	IV	Untuk menurunkan darah tinggi
5.	Omeprazole	4mg	IV	Mengatasi lambung
6.	Mecobalamin	500mg	IV	Meningkatkan sintesis dan regenerasi saraf
7.	Captopril	25gr	oral	Untuk mengurangi darah tinggi

b. Tabulasi data

Pasien mengatakan sakit kepala seperti di tusuk- tusuk, nyeri dada, leher tegang dan penglihatan kabur ,saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh istri dan anaknya kadang tidurnya terganggu karena ia merasa lemas saat beraktifitas. 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 dada dengan skala nyeri 4 (sedang), TD: 160/100 mmHg, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%, Nadi 90x/m, terpasang infus NaCl 20 tpm, bunyi nafas Vesikuler berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70Kg, tinggi Badan : 170cm.

BB 68kg BBI 63kg(Normal) IMT:23,52

c. Klasikasi Data

Data Subjektif: Pasien mengatakan sakit kepala seperti di tusuk-tusuk, dan penglihatan kabur ,saat beraktivitas , sering terbangun dimalam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh istri dan anaknya kadang tidurnya terganggu karena ribut ,ia merasa lemas saat beraktifitas.

Data Objektif: Wajah pasien 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: 160/100 mmHg, nadi 90 x/m ,suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO₂ : 95%. berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70Kg, tinggi Badan : 170cm. bunyi nafas vesikuler,

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah, Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian belakang kepala ,S: Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

BBI:63kg- 77 kg (normal)

IMT: 23,52

d. Analisa Data

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

Table :4.3 Analisa Data

NO.	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian belakang kepala nyeri seperti ditusuk-tusuk.</p> <p>Data objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang),</p> <p>Pengkajian nyeri (PQRST):</p> <p>P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah</p> <p>Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada bagian belakang 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 : 37,0°C, pernapasan : 22 x/m,nadi 90x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm</p>	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

2	<p>Data Subjektif : Pasien mengeluh pusing</p> <p>Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0°C, pernapasan : 22 x/m, nadi90x/m, SPO₂ : 95%. Berat Badan saat ini : 38 Kg, berat badan sebelum sakit : 39 Kg, tinggi Badan : 155 cm. HGB.6.0</p>	Kurang terpapar informasi	Resiko Perfusi perifer tdk efektif
3	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan badannya terasa lemah</p> <p>Data objektif: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis.</p>	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas
4	<p>Data subjektif : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya.</p> <p>Data objektif : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT>3 detik, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0°C, pernapasan : 22 x/m, nadi90x/m SPO₂ : 95%, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit.</p>	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

Prioritas Masalah

1. Nyeri akut
2. Resiko perfusi perifer tidak efektif
3. Intoleransi aktivitas
4. Gangguan Pola Tidur

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas masalah dari kasus ini adalah :

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

Data subjektif: pasien mengatakan nyeri d kepala seperti ditusuk-tusuk

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

Pengakajian nyeri (PQRST):

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah Q: Nyeriseperti 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 % TD: 140/100 mmHg, suhu : 37⁰C, pernapasan : 22 x/m,Nadi 90x/m, SPO₂ : 95%.

Berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70Kg, tinggi Badan : 170cm.

b. Resiko Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

Data subjektif: Pasien mengeluh pusing

Data objektif: kulit 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, nadi90x/m, SPO₂ :

95%. Berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70 Kg,
tinggi Badan : 170cm.

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.

d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

Data subjektif: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari

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, nadi 90x/m, SPO₂ :
95%

3. Intervensi Keperawatan

Tujuan keperawatan dari diagnosa

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam,
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)

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 endorfin 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. Resiko Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kurang terpapar informasi yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Warna kulit pucat menurun. (5)
- 2) Pengisian kapiler membaik. (5)
- 3) Turgor kulit membaik. (5)
- 4) Tekanan darah sistolik membaik. (5)
- 5) Tekanan darah diastolik membaik.(5)
- 6) HGB membaik(5)

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.

5) Kolaborasi pemberian tranfusi darah

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 (5)
- b. Warna kulit membaik(5)
- c. Perasaan lemah menurun(5)
- d. Tekanan darah membaik(5)
- e. Kekuatan tubuh bagian bawah membaik(5)

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 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 menurun(5)
- 2) Keluhan tidak puasa tidur meningkat (5)
- 3) Keluhan pola tidur berubah meningkat (5)
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)

Intervensi keperawatan

1) Observasi

- a) Identifikasi faktor pengganggu tidur

Rasional: Mengidentifikasi factor pengganggu tidur

- b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

Rasional: Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

2) Terapeutik

a) Modifikasi lingkungan

Rasional : Memodifikasi lingkungan

b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

Rasional : Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

c) Tetapkan jadwal tidur rutin

Rasional: Menetapkan jadwal tidur rutin

d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Rasional: Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

3) Edukasi

a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

Rasional: Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

Rasional: Menganjurkan menghindari makan /minum yang cukup

c) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

Rasional: Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

e. Implementasi pada TN. A.K Dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20-22 Agustus 2024. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing- masing diagnosa keperawatan .

1. Implementasi keperawatan selasa, 20 Agustus 2024 (H-1).

a. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain: Pukul 08.10 WITA mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Dengan Hasil: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Pukul 08.15 WITA mengidentifikasi skala nyeri Dengan Hasil : skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 08.25 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Dengan 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 Dengan hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1gr/IV. Pukul 11.30 WITA menganjurkan pasien untuk istirahat.

b. Diagnosa Keperawatan Resiko Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 08.00 WITA melakukan vital sign. Dengan Hasil: TD: 170/110 mmHg N: 110x/menit S:

36,6°C RR: 22x/menit SPO₂: 100%, terpasang infus Nacl 20 tpm. pukul 08.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Dengan Hasil: CRT > 3 detik. pukul 09.10 WITA mengidentifikasi faktor resiko gangguan Sirkulasi. Dengan Hasil: pasien mengatakan menderita penyakit tekanan darah tinggi sejak 3 tahun yang lalu. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

c. Diagnosa Keperawatan Intoleransi aktivitas

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 10.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas Dengan 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 Dengan hasil: pasien mengikuti anjuran tersebut. Pukul 12.05 WITA Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Dengan 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 Dengan hasil: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Pukul 11.05 WITA

mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
Dengan hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga agar tidak
mengonsumsi makanan yang menghambat tidur (kopi). Pukul
11.10 WITA Memodifikasi lingkungan Dengan hasil:
menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang
nyaman. Pukul 11.20 WITA Mefasilitasi menghilangkan stress
sebelum tidur Dengan 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.

e. Evaluasi tanggal 20 Agustus 2024 pukul 14.00 WITA

1) Diagnosa keperawatan Nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit

Objektif: Pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri
sedang), kesadaran composmetis, TD: 170/110
mmHg, N: 110x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit,
SPO₂: 100%.

Asesment: Masalah nyeri akut belum teratasi

Planing: lanjutkan intervensi 1,2 dan 4

2) Resiko Perfusi perifer tidak efektif

Subjektif: Pasien masih mengeluh pusing

Objektif: Kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis, TD: 170/110 mmHg, N:110x/menit, S: 36,8⁰C RR: 20x/menit, SPO₂: 100%

Asesment: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing: lanjutkan intervensi 2,3 dan 4

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: 170/110 mmHg, N: 110x/menit, S: 36,8⁰C, RR: 20x/menit, SPO₂: 100%

Asessment: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : Lanjutkan intervensi 3 dan 5

4) Gangguan pola tidur

Subjektif : Pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam, karena merasa sakit di bagian belakang kepala

Objektif: KU: Lemah, konjungtiva anemis, tampak pucat, Tanda-tanda vital: TD : 170/110 mmHg,S: 36,8⁰C, RR: 20X/mnt, N: 89x/ mnt, kesadaran

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

Assessment: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

Planing: lanjutkan intervensi 1,5 dan 6

2. Implementasi Keperawatan Rabu, 21 Agustus 2024 (H-2)

a. Diagnosa Keperawatan Nyeri akut

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri antara lain:

Pukul 08.00 WITA mengidentifikasi skala nyeri. Dengan Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) pukul 10.00 WITA mengkolaborasi pemberian analgetik.

Dengan Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV pukul 10. 20 WITA Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Dengan 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.

b. Diagnosa Keperawatan Resiko Perfusi perifer tidak efektif

Tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: pukul 07.00 WITA melakukan vital sign. Dengan Hasil: TD: 180/100 mmHg N: 87x/menit S:

37,0°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. Dengan Hasil: mengajarkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacangan. Pukul 12.00 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Dengan Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral, pukul 12.45 melakukan kolaborasi pemberian tranfusi darah.

c. Diagnosa Keperawatan Intoleransi aktivitas

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi intoleransi aktivitas antara lain: pukul 11.40 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas dengan

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.

d. Diagnosa Keperawatan 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

e. Evaluasi 21 Agustus 2024 (H-2)

1) Nyeri akut

Subjektif: Pasien mengatakan sakit kepala berkurang

Objektif: Wajah tampak meringis berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), kesadaran composmetis
TD:180/100 mmHg, N: 88x/menit, S:37,5⁰C,
RR:24x/menit, SPO₂: 99%.

Asesment: Masalah nyeri akut teratasi sebagian

Planing: lanjutkan intervensi 4 dan 6

2) Resiko 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 1 dan 2

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

Asesment : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

Planing : Lanjutkan intervensi 3,dan 4

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 : Lanjutkan intervensi 1dan 2

Catatan Perkembangan.

Kamis 22. Agustus 2024

1. Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut

Pukul 08.00 WITA

S. Pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan sudah mulai berkurang.

P. Pasien 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.

A. Intervensi Nyeri Akut sebagian teratasi

P. Intervensi dilanjutkan 1 dan 2

I. 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

E. pukul 13.00 WITA

pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan. pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10) , CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis TD:130/100 mmHg, N:90x/menit, S: 36,8°C, RR: 22x/menit, SPO₂ : 100%

Masalah nyeri akut teratasi intervensi di lanjutkan oleh perawat di ruangan

2. Diagnosa Keperawatan Resiko perfusi perifer tidak Efektif

S. Pasien masih mengeluh pusing

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%.

A. Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

P. Lanjutkan intervensi 1, 3, 4

I. 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 10.20 WITA menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

Pukul 13.00

E. 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 Resiko perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. Intervensi di lanjutkan intervensi dengan perawat di ruangan,
Melakukan kolaborasi pemberian transfusi darah .

3. Diagnosa Keperawatan Intoleransi aktivitas

S. Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi.

O. Tampak segar dan masih sedikit pucat.

A. Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian.

P. Lanjutkan intervensi 1 dan 2

I. 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.

Pukul 13.00

E. Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi 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. intervensi di lanjutkan oleh perawat di ruangan

4. Diagnosa keperawatan Gangguan pola tidur

S. Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak.

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%.

Masalah Gangguan pola tidur sebagian teratasi

Lanjutkan Intervensi 3 dan 5

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

Pukul 13.00

E. Pasien mengatakan tidurnya nyenyak TD : 180/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 86x/menit, RR: 22x/menit, SPO₂: 98% Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi intervensi di lanjutkan oleh perawat di ruangan

C. Pembahasan

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

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada TN.A.K di temukan data Pasien mengatakan sakit kepala di bagian belakang seperti di tusuk- tusuk, dan penglihatan kabur.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 /80mmHg N: 90x/menit S:36, 6^oC RR: 22X/menit SPO₂:99%.

MenurutSmeltzer, dkk. (2010) menyatakan sebgaiian besar gejala klinis yang timbul, yaitu :menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana tanda dan gejala hipertensi yang muncul pada kasus nyata hanya sakit kepala di bagian belakang seperti di tusuk-tusuk, dan penglihatan kabur. Sedangkan pada teori tanda dan gejala hipertensi meliputi mual muntah, nyeri dada, sesak napas, sukar tidur, mata berkunang-kunang,leher tegang 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 yang sudah disebutkan di atas ketika sudah terjadi komplikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori diagnosa keperawatan pada kasus hipertensi ada 5 yaitu: 1) Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload; 2) Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Kurang terpapar informasi; 3) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; 4) Defisit Pengetahuan Kurang terpapar informasi; 5) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan; Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada klien TN. A.K yaitu 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis; 2) Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Kurang terpapar informasi; 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 diangkat empat diagnosa keperawatan sedangkan

pada teori terdapat lima diagnosa keperawatan. Adapun diagnosa pada kasus dan terdapat secara teori yaitu nyeri akut Resiko perfusi perifer tidak efektif, 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, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar Informasi. Diagnosa penurunan curah jantung tidak diangkat karena pada saat di kaji klien tidak mengeluh sesak napas, dan tidak ada gambaran hasil EKG dimana data tersebut kurang mendukung. Untuk diagnosa Defisit pengetahuan tidak diangkat karena pada saat dikaji pasien mengatakan tau dan memahami tentang penyakit Hipertensi dan data lainnya tidak terdapat pada kasus. 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

belakang kepala 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 dan merokok 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 pada TN. A.K berdsarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016) dan dibandingkan pada masalah keperawatan pada kasus. Intervensi pemberian produk darah untuk diagnosa Resiko perfusi perifer tidak efektif harus di berikan transfusi darah namun pada pasien ini tidak di lakukan ,oleh karena itu penulis telah melakukan kolaborasi tidak dilakukan karenastok darah tidak kosong dan keterbatasan waktu studi kasus.

Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-4 telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada TN.A.K dengan diagnose medis hipertensi berdasarkan keempat 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, resiko 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 20 Agustus 2024, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 21 Agustus 2024 dan catatan perkembangan dilaksanakan pada tanggal 22 Agustus 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 kasus TN.A.K evaluasi dapat dianalisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata TN.A.K yaitu untuk masalah keperawatan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis masalah sudah teratasi dimana pasien mengatakan nyeri tidak dirasakan lagi. Untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian teratasi dimana klien mengeluh pusing berkurang, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik. Untuk masalah keperawatan untuk intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik diperoleh hasil masalah teratasi yang di tandai tidak mengeluh badan lemah lagi. Untuk masalah keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan diperoleh hasil masalah sebagian teratasi ditandai Pasien mengatakan tidurnya masih sedikit terganggu karena kebisingan.

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 TN. A.K dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Data pengkajian pada pasien TN.A.K dengan diagnosa medis hipertensi ditemukan data hampir semuanya tidak sesuai dengan yang ada di teori dimana pasien hanya mengeluh sakit kepala di bagian belakang seperti di tusuk- tusuk, dan penglihatan kabur TD:180/80mmHg.
2. Setelah data dikumpulkan kemudian dianalisa, ditemukan empat diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus TN. A.K yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Resiko perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan pola tidur.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing-masing diagnosa dan disesuaikan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta pasien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat hipertensi secara teratur.

5. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap Pasien TN. A.K diperoleh hasil bahwa masalah masalah nyeri akut teratasi, resiko perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi, , masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi dan gangguan pola tidur teratasi.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus dengan data secara teoritis yaitu pada pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi

B. Saran

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

1. Bagi RSUD Ende

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

2. Bagi Perawat Ruangan

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

3. Bagi Institusi Pendidikan

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

4. Bagi Klien dan Keluarga

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

DAFTAR PUSTAKA

- Adinda, R. N. (2020). Bachelor Student Of Public Health, Universitas Airlangga, Doctoral Of Public health Faculty Of health University Airlangga. *Seminar & For Paper*.
- Anggraini, Y., & Leniwita, H. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah I*.
- Ariyanto,, T. F. (n.d.).
- Ariyanto,, T. F. (2020). Penerapan Diet Pada Masyarakat Kelurahan Legok Jambi. *Jurnal AbmAS Kesehatan (JAK)*, 1.
- Chendra, R. (2020). Kualitas Hidup Lansia Peserta Prolanis Penderita Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Kenten Laut. *Jurnal JUMANTIK*, 2.
- Dwinata, A. J. (2019). Determinan Kejadian Hipertensi Pada Pengunjung Posbidu Di Wilayah Kerja Puskesmas Ballaparang Kota Makasar. 28 - 35.
- Efiliani, D. (2022, Maret). Efektivitas Senam Hipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah . *Jurnal Menara Medika* , 2.
- Hakim, A. R. (2023). Peningkatan Pengetahuan Dan Keterampilan Mengedukasi kader Kesehatan Tentang Penyakit Hipertensi. *Prosiding Seminar Nasional Masyarakat Tangguh* , 1.
- Halimah , S. (2023, Juni). Penerapan Relaksasi Otot Progresif Terhadap Tingkat Stres Pada Pasien Hipertensi Diruangan Jantung RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. *Cendekia Muda*, 3.
- Handayani, S. D. (2023, Maret). Hubungan Diabetes Melitus, Kolesterol Dengan Schor Kalsium Pada Penderita Hipertensi Dengan Status Gizi Obesitas. *Amerta Nutrision*.
- Inayati, A. H. (2023, Juni). Penerapan Relaksasi Otot Progesif Terhadap Tingkatan Stress Pada Pasien Hipertensi Di Ruangan Jantung RSUD Jendral Ahmad Yani. *Jurnal Cendekia Muda*, 3.
- Indonesia, P. D. (2023). *Panduan Promotif & Preventif Hipertensi*. Jakarta.
- Kemenkes. (2021). Faktor Resiko Hipertensi -Direktorat P2PTM.
- Kusparlina , S. P. (2022). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Hipertensi Pada Remaja. *Jurnal Penelitian Kesehatan "Suara Forikes"*.
- Misbach,(2013).“Hipertensi Esensial” dalam Buku Ajar //mu Penyakit Dalam Jilid 1 edisi 1V Jakarta: FK UI. Sloane. E., 1994.

- Niketut, K., & Brigita, A. D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I*. Yogyakarta: Joglo Aksara.
- Oematan, G. O. &. (2021 a). Durasi Tidur Dan Aktivitas Sedentaria Sebagai Faktor Resiko Hipertensi Obesitik Pada Remaja Sleep Duration And Sedentary Activity As A Risk Factor For Obesity Hypertension In Adolesscents. *Ilmu Gizi*.
- Prastika , Yuniar Dwi. (2021). Faktor Resiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Indonesia. *Journal Of Public Health and Nutrition Univertasity Negeri Semarang Indonesia*.
- Prastika, Y. D. (2021). Resiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Indonesia. *Journal Of Public Health And Nutrition Universiti Negeri Semarang*, 407-419.
- Purnomo, S. R. (2020). Pola Konsumsi Garam Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia. *Wacana Kesehatan*.
- Raharjo, S. A. (2021). Hubungan Antara Konsumsi Alkohol Dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja Dipuskesmas Tompe Kabupaten Donggala. *Java Health Journal*.
- Syah, M. N. (2021). Hypertention And Related Factor Among Famale Studet's At Vocational High School Bekasi. *Media Gizi Indonesia*.
- Tambunan, F. F. (2021). *Hipertensi (Si Pembunuh Senyap*. (S. M. Reni Agustina Harahap, Ed.) Medan: CV.Pudiskra Mitra Jaya .
- Tursinta, H. M., & A, S. .. (2022). Peningkatan Self Manajemen Pada Penderita Hipertensi Dengan Penggunaan Hipertension Self Management Diary (HSMD). *NURSCOPE*.
- WHO, W. H. (2021). Trend Disease "Trend Penyakit saat ini".
- Wulandari , A. (2023, Juni). Penerapan Relaksasi Benson Terdapat Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. *Cendekia Mudah*, 3.
- Wulandari, A. (2022, Juni). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. *Cendekia Muda*, 3.
- Wulandari, A. (2023, Juni). Penerapan Reaksi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Jendral Ahmad Yani. *Cendekia Muda*, 3.

- Wulandari, A., & S. A. (2023, Juni). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Jendral Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendekia Muda*, 3.
- Wulandari, Ayu. (2022). Penerapan Relaksasi Benson Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di RSUD. *Jurnal Cendekia Muda*, 3, 2.
- Wulandari, F. W., & D. E. (2023, Februari). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi. *Jurnal Alsyiyah*, 8.

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024												
	BULAN												
	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober	November
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													■



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



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

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

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Agustus 2024

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama	: Tn.A.K
Umur	: 55 Tahun)
Agama	: Khatolik
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Sudah Menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Jl.Flores
Tanggal Masuk	: 19-08-2024
Tanggal Pengkajian	: 20-08-2024
No. Register	: 146264
Diagnosa Medis	: Hipertensi
Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. M.P
Umur	: 51Tahun

Hub. Dengan Pasien : Istri
Pekerjaan : IRT
Alamat : Jl. Flores

1. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan sakit kepala seperti di tusuk- tusuk, nyeri dada, leher tegang dan penglihatan kabur.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pada hari Minggu tanggal 18 Agustus 2024 klien di bawah ke RSUD Ende Pada jam 15.30 menuju ke IGD dengan keluhan Keluarga mengatakan klien Jatuh dan tidak sadarkan diri ,Klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm ditangan sebelah kiri .

3) Alasan masuk RS dan perjalanan penyakit saat ini

Klien masuk RS pada tanggal 18 Agustus 2024 pukul 15.30 dengan keluhan Keluarga klien mengatakan klien jatuh dan tidak sadarkan diri . Pasien didiagnosis Hipertensi, di pasang infus NACL 20 tpm di tangan kiri dan mendapat terapi injeksi captopril 3×25mg,omeprazole 1x40 mg, ceftriaxone 2x1 gr, furosemide 1x40 mg, paracetamol 3x1 gr dan albumin 25% 100 cc, TD: 180/120 mmHg. setelah dari IGD pasien diantar ke RPD III pada tanggal 19 Agustus 2024 pukul 07.30 WITA.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Klien 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

Klien mengatakan dirinya pernah mempunyai riwayat penyakit stoke di tahun 2023.

2) Pernah dirawat

Klien mengatakan ini kali kedua dirinya dirawat dengan keluhan yang sama.

3) Alergi

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

4) Kebiasaan

Klien mengatakan ia jarang berolahraga, lebih sering mengkonsumsi garam, merokok dan meminum kopi sampai dengan saat ini, klien masuk RS ia mengetahui dirinya mengalami hipertensi sejak saat itu pasien sudah berhenti mengkonsumsi kopi. Saat ini pasien hanya mengkonsumsi air putih.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya ada yang terkena penyakit yang sama yaitu Hipertensi .

6) Diagnosa Medis Dan Therapy yang didapat sebelumnya

Hipertensi. Therapy yang didapat yaitu obat captopril.

2. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Sosio-Kultural-Spiritual)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

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

b. Pola Nutrisi-metabolik

Sebelum sakit: Klien mengatakan ia makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit dihabiskan. klien makan nasi, sayur daun ubi, tahu, tempe dan ikan. Pasien minum 8 gelas air sehari (2000 cc).

Saat Sakit: klien 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 : Klien mengatakan biasanya ia BAB 1 kali sehari dengan konsistensi padat, berwarna kuning khas feses, tidak ada keluhan saat BAB.

Saat Sakit : Klien mengatakan selama di rawat ia belum BAB

2) BAK

Sebelum sakit : Klien mengatakan biasanya ia BAK 3-4 kali sehari, berwarna kuning pekat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

Saat sakit :Klien mengatakan ia BAK 3 x sehari, berwarna kuning tidak pucat, bau khas urin, tidak ada keluhan saat BAK.

3) Pola Aktivitas dan Latihan

1) Aktivitas

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

Keterangan:

0: Mandiri 1:Alat bantu 2: di bantu orang lain 3: di bantu orang lain dan alat.4: Tergantung total

2) Latihan

Sebelum sakit: pasien mengatatakan jarang berolahraga dan setiap harinya .

Saat sakit: pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya di bantu oleh istri dan anaknya.

d. Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit: Klien mengatakan penglihatan normal dan pendengarannya juga normal.

Saat Sakit : klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan pendengarannya sedikit terganggu

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

e. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri : Klien mengatakan ia menerima kondisinya saat ini

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

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

Peran diri : Klien mengatakan ia berperan sebagai Kepala rumah tangga berumur 55 tahun.

Identitas diri : Klien mengatakan ia adalah bapak perempuan berumur 55 tahun dan merupakan bapak dari ke enam anaknya.

f. Pola Tidur dan Istirahat

Sebelum sakit : Klien mengatakan bahwa ia tidur malam mulai dari pukul 20.00-07.00 WITA. Tidak ada keluhan saat tidur.

Saat sakit : Klien mengatakan susah tidur

g. Pola Peran-Hubungan

Sebelum sakit : Klien adalah seorang kepala keluarga dan seorang bapak klien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.

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

h. Pola Toleransi Stress- Koping

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

i. Pola Nilai- Kepercayaan

Klien mengatakan ia beragama katholik, sering pergi ibadah ke gereja dan selalu berdoa.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum: Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital Nadi : 80x/m, suhu : 37⁰ C, pernapasan : 22 x/m, tekanan Darah : 160/100 mmHg, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 68 Kg, berat badan sebelum sakit : 70Kg, tinggi Badan : 170cm.

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.

Keluhan subjektif nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan darah

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri pada kepala

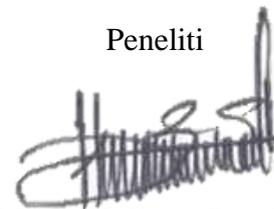
S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-2 menit

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekes 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 Tn.A.K 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 Tn.A.K 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 ketidak nyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. 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: 081322841554

Peneliti

**Maria Yuliana Ja`a Riwu****PO.5303202210061**

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 YULIANA JA'A RIWU dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI

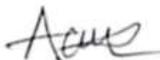
Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Ende, 20 Agustus 2024

Saksi


Katarina N.W. Kelly

Yang memberikan Persetujuan


Albertus Kelly

Peneliti,


MARIA YULIANA JA'A RIWU
PO. 5303202210061

LAMPIRAN 5

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI



Nama : Maria Yuliana Ja'a Riwu
 NIM : PO.5303202210061
 Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.Ns., M.KES
 Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep

NO	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Rabu, 22-11-2023	BAB I Latar Belakang	1. Perbaiki cover dengan menggunakan 1,5 spasi 2. Masalah utama Hipertensi 3. Data angka kejadian Hipertensi	
2.	Kamis, 23-11-2023	BAB I Latar Belakang	1. Piramida terbalik 2. Rumusan masalah diubah dari masalah utama yang akan diatasi	

3.	Senin,12-2-2024	Konsul BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan diganti kata menggambarkan karna sesuai study kasus 2. Tujuan Khusus diganti kata melakukan 3. Uraikan dampak dulu baru upaya 	
4.	Jumat,14-2-2024	Konsul BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Piramida Terbalik 2. Spasi 1,5 3. 1.1 latar belakang degabungkan menjadi paragraf 1 4. Rumusan masalah diganti di Ruangan Penyakit Dalam III 	
5.	Jumat,16-2-2024	Konsul BAB I Latar belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan umum menggambarkan pelaksana 2. Hipertensi pada kehamilan tidak di pakai 3. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan di ganti 2.2.1 	

6.	Senin,13-05-2024	Konsul BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lokasi dan waktu studi kasus di tambah bulan apa? 2. Ganti logo poltekkes yang baru 3. Tambahkan manfaat praktis 	
7.	Rabu,15-05-2024	Konsul BAB I sampai BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patofisiologi di lihat di buku Asuhan Keperawatan dengan gangguan Kardiovaskuler 2. Tambahkan daftar pustaka 3. Tambahkan Diagnosa Kurang pengetahuan 	
8.	Jumat,17-05-2024	Konsul BAB I Sampai BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki diagnose keperawan 2. Tabel analisa data 1 spasi 3. Tambahkan intervensi sesuai diagnose 4. Ruangn penyakit Dala III ditambahkan dengan bulan penelitan 5. Perbaiki pathway sesuai dengan diagnose Defisit pengetahuan 	

			<ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan pemberian diuterik 7. Dibagian penatalaksanaan Keperawatan 8. Cari arti kata Mortalitas dan Morbiditas 9. Resikoo Perfusi serebral di ganti perfusi perifer 	
9.	Jumat 7-05-2024	Konsul BAB 1 sampai BAB III	RESPONSIF ACC	
10.	Selasa 20-08-2024	Responsif Kasus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi sampai dengan analisa 2. Lanjut pengertian 	
11.	Senin 26-08-2024	Konsul hasil kasul BAB IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat keluhan utama dipersingkat sampai di kalimat tidak sadarkan diri 2. Khusus Obat-obatan di alasan masuk RS dan perjalanan Penyakit saat ini 3. Status kesehatan di tambah pengobatan yang di dapat di IGD 	

			<ul style="list-style-type: none"> 4. Tambahkan riwayat penyakit keluarga 5. Tambahkan BBI 	
12.	Rabu 28-08-2024	Konsul BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki penanggungn jawab 3. Tambahkan pelaksana di gambaran umum lokasi studi kasus 4. Tambahkan rincian BAB dan BAK 5. Lanjutkan sampai dengan pembahasan 	gn
13.	Jumat,30-08-2024	Konsul BAB I Sampai BAB IV	ACC	gn

Mengetahui

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



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

NIP.196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI



Nama : Maria Yuliana Ja'a Riwu
 NIM : PO.5303202210061
 Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.Ns., M.KES
 Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Rabu, 24 juli 2024	BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nomor halaman rata kanan kiri 2. Tambahkan enter di kata pengantar ende 3. Tambahkan tahun menurut WHO 4. Tambahkan data RIKESDAS 5. Tambahkan penutup kurung 	
2.	Jumat, 2 Agustus 2024	BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan kesenjangan dari pengkajian sampai dengan evaluasi 2. Samakan Tujuan umum dan Tujuan khusus : 3. Tambahkan 5 proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi. 4. Lembar persetujuan tambahkan spasi di kata ilmiah ini. 5. Tambahkan spasi di Kata Pengantar di nomor 5 	

3.	Senin, 05 Agustus 2024	BAB II Tinjauan Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan sumber di definisi 2. Klasifikasi data di buat dalam Tabel dan di tambakan sumber 3. Etiologi lengkapi riwayat 4. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan di definisi pengkajian tambahkan sumber 5. 	
4.	Jumat, 09 Agustus 2024	BAB III Metode Studi Kasus Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada prosedur studi kasus di susun ulang tanpa KESBANGPOL. 2. Teknik pengumpulan data di jelaskan tentang wawancara 3. Rata kiri kanan. 	
5.	Selasa, 5 November 2024		ACC	

Mengetahui

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



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

NIP.196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Yuliana Ja`a Riwu

Tempat/Tanggal lahir : Ende, 03 Mei 2003

Alamat : Jl. Garuda

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Negri Pembina Ende
2. SDK Ende 8
3. SMP Negeri 2 Ende
4. SMA Negri 1 Ende

MOTTO

JANGAN BANDINGKAN PROSESMU DENGAN ORANG
LAIN. YANG JALAN KAKI JUGA BISA SAMPAI TUJUAN
DAN YANG BERLARI PUN BISA TERJATUH
AMSAL 16:9