

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E. E DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANG PENYAKIT
DALAM III DI RSUD ENDE



OLEH:

ULFA SARTIKA DEWI
NIM.PO5303202210035

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

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

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



OLEH :

**ULFA SARTIKA DEWI
NIM PO.5303202210035**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
2024**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Ulfa Sartika Dewi

NIM : PO. 5303202210035

Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI 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, 29 Februari 2024

Yang membuat pernyataan



ULFA SARTIKA DEWI
PO. 5303202210035

LEMBAR PERSETUJUAN

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

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :

ULFA SARTIKA DEWI
NIM PO.5303202210035

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

Pembimbing



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

Mengetahui

**Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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

LEMBAR PENGESAHAN

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

OLEH :

ULFA SARTIKA DEWI
NIM.PO5303202210035

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan

Pada Tanggal 02 Juli 2024

Penguji Ketua

Penguji Anggota



Yustina P. M. Paschalia, S.Kep., Ns., M.Kes.
NIP.196904091989032002



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

Disahkan oleh :

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc.
NIP. 197401132002122001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada 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 Anatolia K. Doondori, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Cinta pertama dan sekaligus menjadi sosok yang menginspirasi penulis yaitu Ayahanda Nasruddin. Terimakasih atas tiap tetes keringat dalam setiap langkah untuk memenuhi kebutuhan finansial penulis selama ini, serta ribuan doa yang telah dilantirkan untuk keberhasilan penulis menggapai cita-citanya ini
6. Pintu surgaku dan sekaligus menjadi panutan penulis untuk menjadi sosok perempuan yang kuat, penyayang dan memiliki kesabaran yang tinggi yaitu ibunda Ummi Kalsum. Terimakasih atas kasih sayang, semangat, ridho, dan doa yang terselip disetiap sholatnya demi keberhasilan penulis mewujudkan harapan dirinya dan semua orang
7. Ulfa Sartika Dewi, terimakasih sudah menepikan ego dan terus berusaha bangkit untuk jauh lebih baik dari sebelumnya. Kamu sangat berharga, teruslah berjuang tanpa ada rasa dendam terhadap siapapun. Penulis berjanji, kamu akan baik-baik saja setelah ini
8. Paman dan bibi tercinta yang selalu memberikan dukungan secara finansial kepada penulis
9. Dan kepada sosok yang belum diketahui namanya, namun sudah tertulis jelas di *lauhul mahfuz*. Terimakasih sudah menjadi sumber motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan laporan Karua Tulis Ilmiah ini sebagai upaya memantaskan diri
10. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII Keperawatan Ende yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

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

Ende, 15 Januari 2024

Penyusun

ABSTRAK

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

Ulfa Sartika Dewi ⁽¹⁾

Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes ⁽³⁾

Penyakit hipertensi menjadi permasalahan kesehatan utama di Negara maju dan Negara berkembang, hipertensi merupakan penyakit yang tidak menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu secara global (Mahfud et.al, 2019). Data World Health Organization (WHO) tahun 2022, menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengalami hipertensi.

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny. E. E dengan Hipertensi dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada Ny. E. E diemukan data TD 160/90 mmHg, sakit kepala, tengkuk terasa tegang, kelemahan, CRT>3 detik Hb 5, 2 g/dl. Masalah keperawatan yang muncul yaitu: perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara fisik, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload. Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu: perfusi perifer tidak efektif teratasi, nyeri akut teratasi, intoleransi aktifitas teratasi dan risiko penurunan curah jantung teratasi

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

Kepustakaan : 23 Buah (2000 - 2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

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

ABSTRACT

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

Ulfa Sartika Dewi ⁽¹⁾

Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep ⁽²⁾

Yustina P. M. Paschalia, S.Kep.,Ns., M.Kes ⁽³⁾

Hypertension is a major health problem in developed and developing countries. Hypertension is a non-communicable disease and is the number one cause of death globally (Mahfud et.al, 2019). World Health Organization (WHO) data for 2022 shows that around 1.13 billion people in the world suffer from hypertension.

This case study aims to provide nursing care to Mrs. E. E with Hypertension and analyze the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation and nursing evaluation.

The results of the case study on Mrs. E. E found BP data 160/90 mmHg, headache, nape felt tense, weakness, CRT>3 seconds Hb 5, 2 g/dl. The nursing problems that arise are: ineffective peripheral perfusion related to increased blood pressure, acute pain related to physical injury agents, activity intolerance related to weakness and risk of decreased cardiac output related to increased afterload. Nursing interventions are carried out based on nursing problems. Implementation was carried out for 3 days and the results of the evaluation were: ineffective peripheral perfusion was resolved, acute pain was resolved, activity intolerance was resolved and the risk of decreased cardiac output was resolved

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

Libraries: 23 Pieces (2000-2023)

Keywords: Nursing Care, Hypertension

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

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi.....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	43
A. Rancangan/Desain Studi Kasus.....	43
B. Subyek Studi Kasus.....	43
C. Batasan Istilah	43
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	44
E. Metode/Prosedur Studi kasus	44
F. Teknik Pengumpulan Data.....	44

G. Instrumen Pengumpulan Data	45
H. Keabsahan Data.....	46
I. Analisa Data.....	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil Studi Kasus	48
B. Pembahasan	73
BAB V PENUTUP	80
A. Kesimpulan	80
B. Saran.....	79
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

Table 2.1 : Klasifikasi hipertensi	8
Tabel. Pemeriksaan penunjang.....	56

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1: Pathway Hipertensi	12
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Asuhan Keperawatan.....	85
Lampiran 2 : Kartu Konsul	109
Lampiran 3 : Jadwal Kegiatan.....	114
Lampiran 4 : Daftar Riwayat Hidup.....	115

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit hipertensi menjadi permasalahan kesehatan utama di Negara maju dan Negara berkembang, hipertensi merupakan penyakit yang tidak menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu secara global (Mahfud et.al, 2019). Hipertensi sering diberi gelar The Sillent Killer karena penyakit ini merupakan pembunuh tersembunyi, dimana orang tidak mengetahui dirinya terkena hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya (Mayasari et.al, 2019).

Data Word Health Organization (WHO) tahun 2022, menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia mengalami hipertensi. Prevalensi hipertensi tertinggi di dunia terdapat di Afrika sebesar 27% dan urutan ke 2 kasus hipertensi tertinggi di Asia Tenggara. Kasus hipertensi tertinggi di Asia Tenggara terdapat di Thailand sebesar 23,6%, Myanmar sebesar 21,5% dan Indonesia sebesar 21,3% (WHO,2022). Menurut Riskesdas dalam (Kemenkes RI, 2021) prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1%, mengalami peningkatan dibandingkan prevalensi hipertensi pada Riskesdas Tahun 2013 sebesar 25,8%.

Penyakit hipertensi di Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai angka 7,2% atau 76.130 kasus. (Dinkes NTT 2022). Dinas kesehatan Kabupaten Ende, Mei 2023 tercatat 3 tahun terakhir kasus hipertensi mengalami fluktuasi yakni pada tahun 2020 sebanyak 11. 137 tahun 2021

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

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

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

Hipertensi yang tidak mendapat penanganan yang baik menyebabkan komplikasi seperti Stroke, Penyakit Jantung Koroner, Diabetes, Gagal Ginjal dan Kebutaan. Di Indonesia tahun 2019 penyakit Stroke (51%) dan Penyakit Jantung Koroner (45%) merupakan penyebab kematian tertinggi, dan dari sekian persen banyaknya penderita penyakit Jantung Koroner yang ada di Indonesia salah satu faktor resikonya adalah mereka yang mengalami Hipertensi terlebih dahulu. Hal ini dibuktikan berdasarkan hasil penelitian, yang dilakukan oleh Windy G. Amisi (2018) menyatakan bahwa terdapat adanya hubungan hipertensi dengan Penyakit Jantung Koroner, dimana pada penelitian ini responden yang mengalami hipertensi berisiko lebih meningkat

2,6 kali mengalami Penyakit Jantung Koroner dibanding yang tidak mengalami hipertensi. Apabila tekanan darah sistemik mengalami peningkatan akan terjadi pemompaan darah dari ventrikel kiri, sehingga beban kerja jantung meningkat dan dapat menimbulkan hipertrofi ventrikel sebagai kompensasi kekuatan kontraksi yang akhirnya akan terjadi dilatasi dan payah jantung. Aterosklerosis terjadi didahului oleh adanya jejas endotel kronis yang dikarenakan oleh gaya regang yang timbul akibat tekanan darah itu sendiri. Jejas sering terjadi pada daerah percabangan yang terdapat di arteri koroner. Jika proses aterosklerosis terus berlanjut, maka suplai oksigen pada miokardium akan menurun sedangkan kebutuhan oksigen dalam miokardium meningkat disebabkan oleh hipertrofi ventrikel dan beban kerja jantung, sehingga akan terjadi infark miokard.

Solusi yang dapat dilakukan untuk menekan atau menurunkan kejadian hipertensi yakni dengan melakukan gaya hidup sehat, serta dengan melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat umum. Penekanan angka hipertensi dapat tercapai apabila pengetahuan masyarakat mengenai perawatan dan pencegahan hipertensi cukup baik. Perkembangan teknologi informasi harusnya bisa menjadi sumber informasi atau pengetahuan yang paling mudah dijangkau oleh masyarakat dari berbagai latar belakang di Indonesia. Namun faktanya kecepatan dalam mengakses informasi, khususnya informasi kesehatan tidak seiring dengan kredibilitas informasi tersebut, sehingga menyebabkan keresahan di masyarakat (Fitriarti 2019). Kementerian kesehatan saat ini sedang mengupayakan meningkatkan promosi

kesehatan, promosi kesehatan tersebut dilakukan melalui komunikasi, informasi, serta edukasi (Aan Nuraeni, 2017). Salah satu media promosi kesehatan antara lain merupakan penyuluhan, penyuluhan merupakan sebuah kegiatan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk menyampaikan pesan, juga keyakinan sehingga sasaran dari penyuluhan tidak hanya tahu atau mengerti dan tahu, melainkan mau dan mampu melakukan anjuran kesehatan yang telah disampaikan (Athiyya et al. 2021).

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

Berdasarkan uraian fenomena diatas, membuat penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi” .

B. Rumusan masalah

Sebagaimana yang telah diuraikan pada latar belakang, maka rumusan masalah pada proposal karya tulis ilmiah ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Ny E. E dengan Diagnosa Medis Hipertensi?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

2. Tujuan khusus

a. Melakukan pengkajian pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

c. Menentukan intervensi keperawatan pada Ny. E. E dengan diagnose medis hipertensi

d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

f. Menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny. E. E dengan diagnosa medis hipertensi

D. Manfaat

1. Bagi peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah agar peneliti mendapatkan pengetahuan dan memperdalam keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis hipertensi

2. Bagi tempat studi kasus

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan, sehingga pihak rumah sakit dapat meningkatkan penanganan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

3. Bagi perawat

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

4. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam ilmu keperawatan dan dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi yang dirawat dirumah sakit sehingga dapat mengurangi bertambahnya angka kesakitan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah menjadi naik karena gangguan pada pembuluh darah yang mengakibatkan suplai oksigen dan nutrisi terganggu sampai ke jaringan tubuh yang membutuhkannya (Puspita et al., 2019).

Menurut WHO (World Health Organization) Hipertensi adalah tekanan darah sistolik yang sama dengan atau di atas 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik sama dengan atau di atas 90 mmHg (Sakinah et al., 2020).

2. Klasifikasi hipertensi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya

a. Hipertensi primer atau esensial.

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

b. Hipertensi sekunder

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

mengontrol tekanan darah. Glomerulonefritis dan penyakit ginjal polikistik adalah dua diantara sekian banyak gangguan ginjal yang memicu terjadinya hipertensi. Penyakit lainnya seperti gangguan pada kelenjar adrenal yang memiliki peran yang sama dengan ginjal, yaitu mengontrol tekanan darah. Sindrom Cushing dan pheochromocytoma adalah dua contoh penyakit yang berhubungan dengan kelenjar adrenal.

Klasifikasi hipertensi berdasarkan tinggi tekanan darah

Table 2.1 : Klasifikasi hipertensi (Sari, 2020)

No	Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
1	Normal	120-129	80-84
2	Normal tinggi	130-139	85-89
3	Hipertensi		
	Grade 1 (Ringan)	140-159	90-99
	Grade 2 (Sedang)	160-179	100-109
	Grade 3 (Berat)	180-209	110-119
	Grade 4 (Sangat berat)	>210	>120

3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi, ada beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya hipertensi:

- a. Genetik : Respon neurologi terhadap stress atau kelainan ekskresi atau transport Na.
- b. Obesitas : Terkait tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat

- c. Stress karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah (Aspiani, 2016)

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan

- a. Hipertensi primer(esensial)

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya dengan jelas. Diderita oleh sekitar 95% orang. Oleh karena itu, penelitian dan pengobatan lebih ditujukan bagi penderita esensial.

Hipertensi primer disebabkan oleh faktor berikut ini:

- 1) Faktor keturunan

Dari data statistik terbukti bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi

- 2) Ciri seseorang

Ciri perseorangan yang mempengaruhi timbulnya hipertensi adalah umur (jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat), jenis kelamin (pria lebih tinggi mengalami hipertensi dari perempuan).

- 3) Kebiasaan hidup

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30g),

kegemukan atau makan berlebih, stress, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin, prednisone, epinefrin)

b. Hipertensi sekunder

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

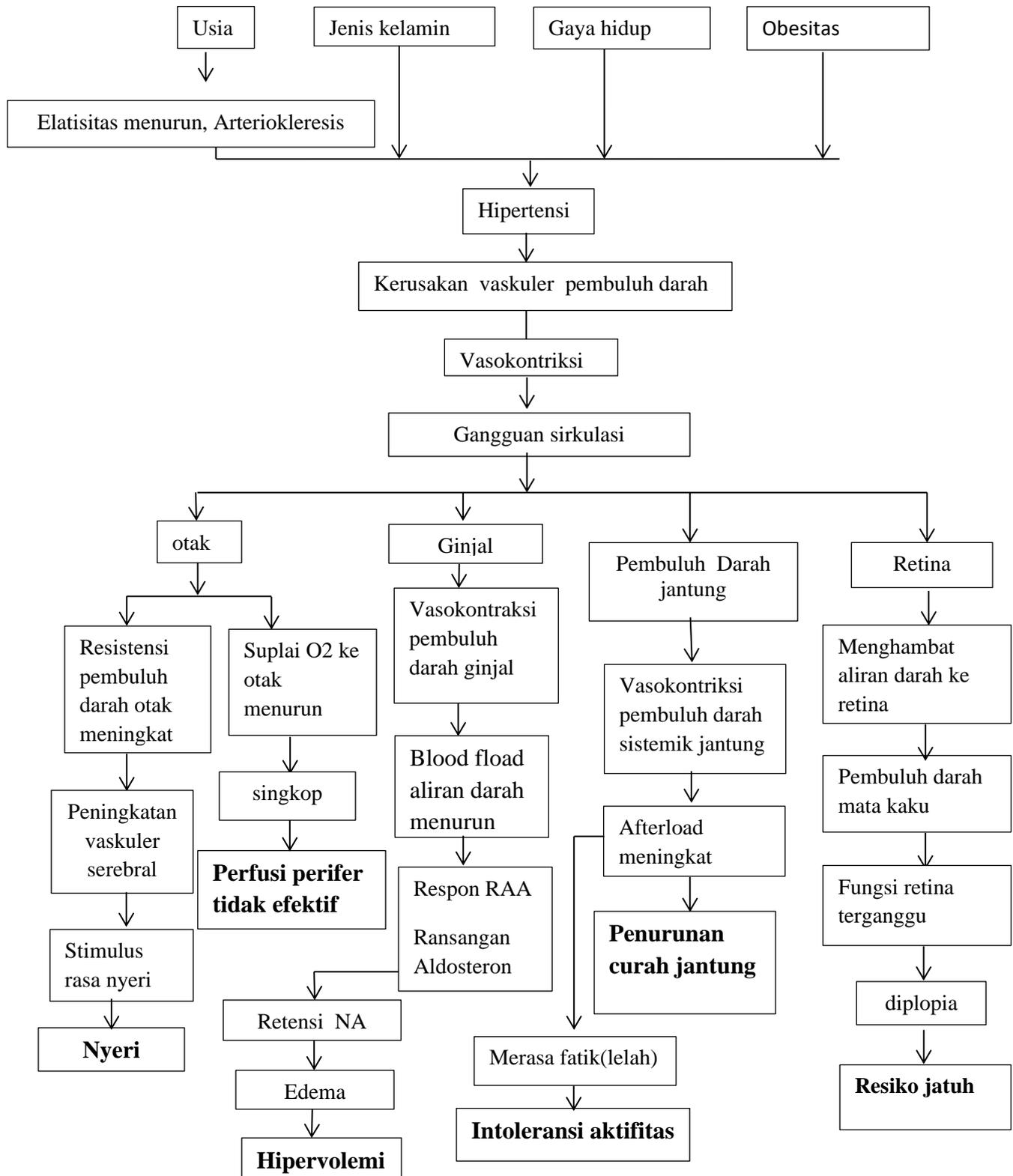
4. Patofisiologi

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

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

pembuluh darah otak meningkat sehingga akan terjadi peningkatan vaskuler cerebral yang akan menstimulus rasa nyeri, dan jika terjadi sumbatan pada pembuluh darah otak maka suplai O₂ ke otak akan menurun dan terjadilah sinkop (penurunan kesadaran) sehingga pada tubuh akan mengalami gangguan perfusi jaringan. Pada ginjal juga akan mengakibatkan pembuluh darahnya menyempit sehingga aliran nutrisi ke ginjal terganggu dan mengakibatkan juga kerusakan pada sel-sel ginjal dan aliran darah pada ginjal menurun dan menstimulus respon Renin Angiotensin Aldosteron (RAA), yang dimana RAA adalah enzim yang dihasilkan oleh ginjal dalam membantu mengontrol tekanan darah dan bekerjasama menahan garam dan cairan dan apabila prosesnya tidak berjalan dengan baik akan mengakibatkan retensi natrium (Na) dan menimbulkan edema. Pada pembuluh darah jantung gangguan sirkulasi dapat mengakibatkan vasokonstriksi pembuluh darah sistemik ginjal dan afterload akan meningkat sehingga volume darah yang dipompa menurun dan menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung. Dan jika afterload meningkat akan mengakibatkan rasa fatik atau lelah. Jika sirkulasi terganggu pada daerah mata maka akan menghambat aliran darah ke retina mata menyebabkan spasme arteriol pembuluh darah mata menjadi kaku dan fungsi retina terganggu dan menimbulkan gangguan penglihatan diplopia (melihat dua bayangan dalam satu objek) sehingga bisa menimbulkan resiko jatuh pada penderita

5. Pathway



Gambar 2.1: Pathway Hipertensi (Sari, 2020)

6. Manifestasi klinis

Adapun tanda dan gejala hipertensi (Ekasari,2021) terdiri dari:

a. Sakit kepala

Sakit kepala merupakan gejala hipertensi yang paling sering terjadi.

Sakit kepala atau Nyeri pada pasien hipertensi terjadi karena penyempitan pembuluh darah akibat dari vasokontraksi pembuluh darah yang akan menyebabkan peningkatan tekanan vaskuler serebral

b. Gangguan penglihatan

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah mata. Kondisi ini pada akhirnya menyebabkan pandangan kabur. Selain itu, darah tinggi juga dapat menyebabkan peradangan pada retina atau lapisan penglihatan dalam mata.

c. Mual dan muntah

Mual dan muntah adalah gejala darah tinggi yang dapat terjadi karena peningkatan tekanan di dalam kepala, hal ini dapat terjadi akibat beberapa hal, termasuk perdarahan di dalam kepala. Seseorang dengan perdarahan otak dapat mengeluhkan adanya muntah menyembur secara tiba-tiba

d. Nyeri dada

Penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini terjadi karena adanya penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Tidak jarang, nyeri dada menjadi penanda dari serangan jantung yang juga bermula dari tekanan darah tinggi

e. Muka yang memerah

Ketika pembuluh darah di muka melebar, area wajah akan terlihat memerah.

f. Kelelahan

Tekanan darah tinggi menyebabkan kelelahan akibat peningkatan tekanan pada organ vital seperti otak, jantung, dan ginjal.

g. Rasa pusing

Obat pengontrol tekanan darah dapat menimbulkan rasa pusing sebagai salah satu efek sampingnya

Sedangkan menurut Rohimah (2015), tanda dan gejala hipertensi yang sering muncul seperti pusing, sakit kepala, dan tengkuk terasa pegal. pada umumnya ketika seseorang yang menderita hipertensi biasanya akan muncul tanda dan gejala yaitu salah satu tengguk terasa pegal. Tengkuk terasa pegal atau kekakuan pada otot tengkuk diakibatkan karena terjadi peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah di daerah leher sehingga aliran darah menjadi tidak lancar, dan hasil akhir dari metabolisme di daerah leher akibat kekurangan O₂ dan dan nutrisi tertimbun dan menimbulkan peradangan pada daerah perlekatan otot dan tulang sehingga muncul rasa nyeri.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium.

- 1) Hemoglobin / hematokrit : Dapat mengkaji dari hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti anemia.
- 2) BUN/kreatinin : Dapat memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal.
- 3) Glukosa : Hiperglikimia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketakolamin.
- 4) Kolesterol dan trigliserida serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatus

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Pengobatan farmakologis yang diberikan (BPBL-DR 2022) terdiri dari

- 1) Diuretik Tiazide
- 2) Penghambat Adrenergik
- 3) Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE-Inhibitor)
- 4) Angiotensin-II-Blocker
- 5) Antagonis Kalsium
- 6) Vasodilator

b. Penatalaksanaan keperawatan

Penatalaksanaan keperawatan yang diberikan terdiri dari

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat atau dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri.

Beberapa diet yang dianjurkan:

a) Diet Rendah garam

Diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Dengan pengurangan konsumsi garam dapat mengurangi stimulasi system renin-angiotensin sehingga sangat berpotensi sebagai anti hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari

b) Diet tinggi kalium

Dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi, yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vascular

c) Diet kaya buah dan sayur

d) Diet rendah kolestrol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner

2) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada sebagian orang, dengan cara menurunkan berat badan mengurangi tekanan darah, kemungkinan dengan mengurangi beban kerja jantung dan volume sekuncup. 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

3) Olahraga teratur

Seperti berjalan, lari, berenang, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki keadaan jantung.

4) 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. (Aspiani, 2016)

9. Komplikasi

a. Penyakit jantung

Jika tekanan darah tinggi maka otot-otot jantung akan bekerja lebih keras untuk memompa darah. Jika jantung terus dipaksa untuk bekerja lebih keras maka otot-ototnya akan menebal yang nantinya akan menyebabkan gagal jantung. Selain itu, tekanan darah tinggi juga akan menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Jika sumbatan

tersebut mengenai pembuluh darah jantung maka bisa menyebabkan serangan jantung.

b. Stroke

Penebalan pembuluh darah akibat hipertensi juga bisa mengenai pembuluh darah di otak. Hal ini bisa menyebabkan otak kekurangan asupan oksigen. Jika hal ini berlangsung lama maka bisa menyebabkan stroke. Selain itu, tekanan darah yang terlalu tinggi bisa menyebabkan pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah di otak pecah bisa mengakibatkan stroke pendarahan.

c. Penyakit ginjal

Pembuluh darah di ginjal juga bisa melemah akibat hipertensi yang tidak terkontrol. Jika pembuluh darah di ginjal melemah maka ginjal tidak akan bekerja dengan normal. Akibatnya terjadilah gagal ginjal.

d. Retinopati (kerusakan retina)

Tekanan darah tinggi juga dapat merusak pembuluh darah di mata. Jika terjadi penyempitan pembuluh darah di mata maka suplai oksigen ke mata akan berkurang. Dan hal ini bisa menyebabkan kerusakan pada mata dengan gejala penglihatan kabur atau bahkan kebutaan.

e. Gangguan saraf otak

Penyumbatan pembuluh darah juga terjadi di saraf dan otak jika tekanan darah tinggi dan tidak terkontrol. Hingga bisa menyebabkan gangguan kognitif seperti mudah lupa/pikun

f. Penyakit arteri perifer

Penyakit arteri perifer atau peripheral arterial disease (PAD) adalah kondisi yang menyebabkan aliran darah ke tungkai tersumbat. Ini terjadi akibat penyempitan pembuluh darah yang berasal dari jantung (arteri). Akibatnya, tungkai yang kekurangan pasokan darah akan terasa sakit, terutama jika digunakan untuk berjalan. Penyakit ini sama sekali tidak boleh dianggap sepele. Jika dibiarkan tanpa penanganan, penyakit arteri perifer bisa memburuk dan menimbulkan kematian jaringan

10. Pencegahan

a. Mengatasi obesitas atau menurunkan kelebihan berat badan

Prevalensi hipertensi pada obesitas jauh lebih besar. Risiko relative untuk penderita hipertensi pada orang-orang gemuk 5kali lebih tinggi dibandingkan dengan seseorang yang badanya normal

b. Mengurangi asupan garam dalam tubuh

Batasi asupan garam sampai kurang dari 5 gram(1 sendok the) per hari pada saat memasak

c. Ciptakan keadaan rileks

Berbagai cara relaksasi seperti meditasi, yoga atau hipnotis dapat mengontrol system saraf yang akan menurunkan tekanan darah

d. Melakukan olahraga teratur

Berolahraga seperti senam aerobik atau jalan cepat selama 30-40 menit sebanyak 3-4 kali dalam seminggu dapat menambah kebugaran dan memperbaiki metabolisme tubuh yang akhirnya mengontrol tekanan darah

e. Berhenti merokok

Zat-zat kimia beracun seperti nikotin dan karbon monoksida yang dihisap melalui rokok yang masuk kedalam aliran darah dapat merusak jaringan endotel pembuluh darah arteri yang mengakibatkan proses arterosclerosis dan peningkatan tekanan darah

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan dalam tahapan proses keperawatan selanjutnya. Data-data umum yang sering ditanyakan pada pasien Hipertensi adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Data fokus yang perlu dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

1) Identitas meliputi:

- a) Nama pasien
- b) Usia : usia > 30 tahun ke atas berpotensi lebih besar terkena hipertensi.
- c) Jenis Kelamin : Laki-laki lebih berpotensi mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita, dikarenakan beban kerja dan gaya hidup yang lebih sering mengonsumsi alkohol serta merokok.
- d) Tempat tinggal/alamat : wilayah yang paling beresiko ialah daerah pesisir pantai karena memiliki gaya hidup mengonsumsi natrium dan hewan laut seperti seafood, udang lobster yang memiliki kadar kolesterol yang lebih tinggi.
- e) Pekerjaan : Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan akan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan Hipertensi
- f) Lingkungan : Kepadatan penduduk dan hunian rumah juga dapat memicu suatu suhu yang panas di wilayah tersebut. Paparan suhu panas yang tinggi mencapai 30⁰C atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau hipertensi.
- g) Pendidikan: Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami.

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pada sebagian besar pasien dengan hipertensi menimbulkan gejala sakit kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, jantung kadang berdebar-debar, rasa cemas berlebihan.

b) Riwayat kesehatan dahulu.

Kaji adanya riwayat penyakit hipertensi, penyakit jantung, penyakit ginjal, stroke. Penting untuk mengkaji mengenai riwayat pemakaian obat-obatan masa lalu dan adanya riwayat alergi terhadap jenis obat.

c) Riwayat kesehatan keluarga.

Biasanya ada riwayat keluarga (keturunan) yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke.

3) 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 dispnea saat beraktifitas sehingga merasa tidak nyaman

beraktifitas, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, keletihan.

c) Pola sirkulasi

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

d) Pola Eliminasi

Hipertensi yang sudah parah ditemukan perubahan pada frekuensi Buang air kecil

e) Nyeri atau ketidaknyamanan

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

f) Pola istirahat dan tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Meliputi keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, dan pemeriksaan TTV yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah.

b) Pemeriksaan Head to Toe

(1) Pemeriksaan kepala

Inspeksi : Melihat Bentuk kepala dan kondisi rambut

Palpasi : ada tidaknya benjolan di kepala

(2) Pemeriksaan mata

Inspeksi : Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung, tampak loyo/layu atau kurang bersemangat.

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

(3) Pemeriksaan leher

Inspeksi : Pembesaran vena jugularis.

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

(4) Pemeriksaan thoraks

(a) Jantung

Palpasi : Denyut nadi meningkat, jantung takikardi/ brakikardia.

Perkusi : Terdapat bunyi jantung gallop.

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

(b) Paru-Paru

Inspeksi : Kesimetrisan dada, pergerakan dada.

Palpasi : Adanya retraksi dada /tidak

Perkusi : Terdapat bunyi sonor

Auskultasi : Suara napas vasikuler

(5) Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : Warna kulit pucat.

Palpasi : Suhu dingin, CRT > 3 detik

(6) Pemeriksaan Ekstermitas

Inspeksi : Adanya edema, kelemahan pada ekstermitas

Palpasi : Adanya edema

b. Tabulasi Data

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

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, pengelihatian kabur, rasa cemas berlebihan, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea.

Data Objektif : Kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, suhu dingin, distensi vena jugularis, tampak pucat/kering, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) edema pada ektermitas

d. Analisa Data

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

- 1) Data subjektif : Merasa lemah, dispnea
 Data objektif : Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, Pengisian kapiler lambat(CRT>3 detik), warna kulit pucat atau sianosis.

Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi

Penyebab : Peningkatan Afterload

Masalah : Penurunan curah Jantung

- 2) Data subjektif : Tidak tersedia

Data objektif : Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), nadi perifer menurun atau tidak teraba,

- akral teraba dingin, warna kulit pucat,
turgor kulit menurun.
- Penyebab : Peningkatan tekanan darah
- Masalah : Perfusi perifer tidak efektif
- 3) Data subjektif : Mengeluh nyeri
- Data objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis
waspada posisi menghindari nyeri, gelisah
frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis inflamasi,
iskemia, neoplasma)
- Masalah : Nyeri akut
- 4) Data subjektif : Mengeluh sesak napas, mual muntah.
- Data Objektif : Tampak pucat, oliguria, keringat
berlebihan. Edema pada ekstermitas
- Penyebab : Gangguan mekanisme regulasi
- Masalah : Hipervolemia
- 5) Data subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak
nyaman setelah beraktivitas, Merasa lelah.
- Data objektif : Tekanan darah berubah > 20% dari kondisi
istirahat, gambaran EKG menunjukkan
aritmia saat/setelah aktivitas, gambarang
EKG menunjukkan iskemia, sianosis.
- Penyebab : Kelemahan

Masalah	: Intoleransi aktifitas
6) Data Subjektif	: Mengeluh penglihatan kabur, lelah dan pusing
Data Objektif	: Tidak tersedia
Penyebab	: Gangguan penglihatan
Masalah	: Resiko jatuh

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

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

Data subjektif : merasa lemah, dispnea

Data objektif : Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, Pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik) warna kulit pucat atau sianosis. Gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi

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

Data subjektif : Tidak tersedia

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

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

Data subjektif : Mengeluh nyeri

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

- d. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan

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

Data objektif : tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan

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

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

f. Resiko Jatuh berhubungan dengan gangguan pengelihatan yang ditandai dengan

Data Subjektif : Mengeluh pengelihatan kabur, lelah dan pusing

Data Objektif : Tampak lemah

3. Intervensi Keperawatan

Sebelum menentukan Intervensi keperawatan, tentukan terlebih dahulu prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnose keperawatan apa yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu. Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan penyakit hipertensi menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi yang direncanakan pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut :

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat kriteria hasil:

- 1) Bradikardia menurun
- 2) Takikardia menurun
- 3) Dispnea menurun
- 4) Pucat/sianosis menurun
- 5) Lelah menurun

Intervensi **Perawatan jantung**

1) Observasi :

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

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

- b) Monitor tekanan darah

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

- c) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorpsi natrium dan cairan, output urin biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan

ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah lagi ke sirkulasi saat klien tidur

d) Monitor nilai laboratorium

Rasional : Nilai laboratorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostik

2) Terapeutik

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

Rasioanal : Posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien.

Posisisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

b) Berikan terapi relaksasi

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

3) Edukasi

a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

Rasional: Dengan beraktifitas fisik menurunkan stress dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

Rasioanal : Antiaritmia adalah obat yang digunakan untuk

menangani kondisi aritmia atau ketika denyut jantung terlalu cepat/lambat atau tidak teratur

- b. Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama, 3 x 24 jam diharapkan Perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Warna kulit pucat menurun
- 2) Nyeri ekstremitas menurun
- 3) Pengisian kapiler membaik
- 4) Akral membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi Perawatan sirkulasi

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

Rasional : Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut
 - b) Monitor panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas

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

2) Terapeutik

- a) Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perfusi

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

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

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

3) Edukasi

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

Rasional: Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

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

Intervensi **Manajememn Nyeri**

1) Observasi

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

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

- b) Identifikasi skala nyeri

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

2) Terapeutik

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

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

b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional : Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

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

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

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

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

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

d. Hipervolemia berhubungan dengan Gangguan mekanisme regulasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Membrane mukosa lembap meningkat
- 2) Edema menurun
- 3) Asites menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi : **Manajemen Hipervolemia**

1) Observasi

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

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

- b) Identifikasi penyebab hipervolemia

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

- c) Monitor input dan output cairan

Rasioanal: Memastikan intake dan output cairan yang masuk

2) Therapeutik

- a) Batasi asupan cairan dan garam

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

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian diuretik

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

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan toleransi aktivitas meningkat Dengan kriteria hasil :

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

Intervensi **Manajemen energi**

1) Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan

- b) Monitor pola dan jam tidur

Rasioanl: Kecukupan tidur atau istirahat mengurangi kelelahan yang dirasakan

- c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: Mengetahui lokasi atau bagian tubuh yang mana yang tidak nyaman dalam melakukan aktifitas

2) Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: Dengan menyediakan lingkungan yang nyaman menambah kenyamanan pasien

- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

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

- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional : Mengalihkan rasa ketidaknyamanan pasien

3) Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring

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

- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Menunjang proses kesembuhan secara bertahap dan melatih kekuatan otot

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Dengan asupan gizi yang seimbang memaksimalkan proses penyembuhan pasien

f. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berdiri menurun
- 3) Jatuh saat duduk menurun
- 4) Jatuh saat berjalan menurun
- 5) Jatuh saat dipindahkan menurun

Intervensi : **Pencegahan Jatuh**

1) Observasi

- a) Identifikasi faktor resiko jatuh (mislnya. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, dan neuropatik).

Rasional: Dengan mengidentifikasi faktor resiko jatuh dapat mencegah ataupun mengurangi resiko terjadinya cedera

2) Terapeutik

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

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

3) Edukasi

- a) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

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

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap untuk melaksanakan intervensi yang sudah di rencanakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Muryanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan guna tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017)

Evaluasi akhir yang diharapkan pada pasien hipertensi terdiri dari beberapa diagnosa yang dirumuskan adalah: curah jantung meningkat,

perfusi perifer meningkat, tingkat nyeri menurun, keseimbangan cairan meningkat, toleransi aktifitas meningkat dan tingkat jatuh menurun

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan ini adalah deskriptif. Metode deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan studi kasus yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini hanya berjumlah satu orang yakni Ny. E. E Dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

C. Batasan Istilah

Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

1. Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya.
2. Asuhan keperawatan adalah Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada

pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende Jalan Prof. Dr.W.Z Yohanes, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 27 – 29 April 2024.

E. Metode/Prosedur Studi kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepala ruangan penyakit dalam. Setelah mendapatkan izin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan informend Consent setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan Data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, melakukan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata

orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi

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

3. Studi Dokumentasi

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

G. Instrumen Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

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

2. Data sekunder

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

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan

dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruang perawat, 3 ruang perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang pantry, 1 ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, 1 orang administrasi, dan 2 orang cleaning service.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Ny. E. E pada tanggal 27 April 2024

1) Pengumpulan Data

a) Wawancara

(1) Identitas Klien

Klien berinisial Ny. E. E berumur 49 tahun, jenis kelamin perempuan, satus menikah, pekerjaan Ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMA, beralamatkan di Jalan Gatot Subroto, beragama khatolik, Diagnosa medis Hipertensi dengan nomor Registrasi 010368

(2) Identitas penanggung jawab

Klien berinisial Ny. Y. A beumur 23 Tahun dan, Seorang pelajar hubungan dengan klien Anak kandung.

(3) Riwayat Kesehatan

(a) Keluhan utama

Klien mengatakan sakit kepala dan tengkuk terasa tegang

(b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 27 april 2024 pukul 08:00 wita klien mengatakan awalnya klien hanya ingin melakukan control pemeriksaan kesehatan di poli klinik penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende, hasil pemeriksaan Tekanan Darah (TD) klien 210/90 mmHg sehingga dokter menyarankan klien untuk rawat inap. Pukul 12:00 wita klien diantar ke ruangan IGD, saat dilakukan observasi TD klien 200/90 mmHg tanpa keluhan apapun yang dirasakan kemudian di jam 18:00 klien dipindahkan ke Ruang Penyakit Dalam dan saat itu klien sudah mulai merasakan sakit kepala dan tengkuk terasa tegang

(c) Riwayat kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan bahwa penyakit hipertensi yang dialami sekarang sudah di derita klien sejak tahun 2020. Dan ditahun 2019 klien sudah menderita penyakit Diabetes melitus (DM).

b) Pernah dirawat

Klien mengatakan sebelumnya dirinya pernah dirawat di Rumah Sakit karena sakit DM

c) Alergi

Klien mengatakan Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, maupun minuman

d) Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi, begadang, merokok, maupun minum alkohol

(d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ibu klien pernah mengalami penyakit hipertensi dan penyakit DM

(e) Diagnosa medis dan terapi yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan sebelumnya pernah menderita sakit hipertensi dan DM. Klien mengatakan rutin mengkonsumsi obat Hipertensi dan DM

(4) Pengkajian Perpola

(a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan kesehatannya sangatlah penting, kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan. Bila pasien sakit atau anggota keluarga yang sakit langsung berobat ke puskesmas atau diantar ke rumah sakit

(b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit: klien mengatakan dalam sehari klien makan 3 x sehari, berupa nasi, lauk, sayur, sebelum klien sakit di tahun 2019 klien mengatakan biasanya sehari-hari makan nasi putih, sayur santan, sayur tumis dan banyak makanan yang berminyak lainnya. Tetapi sejak pasien mengalami DM dan hipertensi sejak tahun 2019 pasien sudah pantang makan ikan asin, sayur santan atau tumis dan gorengan. Klien biasanya minum air putih 7-8 gelas perhari sekitar (1750 cc)

Saat ini: klien makan 3 x sehari porsi makan tidak dihabiskan, klien kurang selera makan karena mengeluh makanan yang bisa di konsumsi sekarang rasanya hambar (tidak ada rasa) jenis makanan nasi lunak, telur rebus, tahu tempe sayur bening dan sekali-kali ikan goreng. Klien biasanya minum air putih 6-7 gelas perhari sekitar (1500 cc)

(c) Pola eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan dalam sehari biasanya BAB 1x sehari konsistensi padat, warna kuning berbau khas, BAK 5-6 kali sehari warna kuning bau khas tidak ada keluhan saat BAB dan BAK.

Saat sakit: klien mengatakan frekuensi BAB tetap sama 1x sehari konsistensi padat, warna kuning berbau khas, BAK 4-5 kali sehari warna kuning bau khas tidak ada keluhan saat BAB dan BAK.

(d) Pola aktivitas- latihan

Sebelum sakit: klien mengatakan setiap harinya dia melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri seperti memasak, mencuci, serta mengurus semua pekerjaan rumah

Saat ini: klien dianjurkan untuk tetap berbaring di tempat tidur dan banyak istirahat. Aktivitas dan rentan gerak klien terbatas. Karena klien mengeluh pusing, sakit kepala, badan lemah, tengkuk terasa tegang, aktifitas seperti makan, mandi, berpakaian, BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Klien juga mengatakan lelah setelah beraktifitas

Tingkat kemampuan melakukan aktivitas

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

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

(e) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: klien mengatakan biasanya dia tidur malam selama 7-8 jam dari jam 21:30-04:30 wita dan tidur siang

selama 1-2 jam dari jam 13:00-15:00 wita. Tidak ada keluhan apapun saat tidur

Saat sakit: klien mengatakan lebih sering tidur saat pagi dari jam 10:00-11:00 wita, siang hari dari jam 13:00-14:00 wita dan pada malam hari dari jam 21:00- 05:00 wita Tidak ada keluhan apapun saat tidur

(f) Pola kognitif dan persepsi sensori

Klien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dideritanya sejak tahun 2020 saat rutin melakukan kunjungan ke posyandu lansia saat mengetahui penyakitnya klien sudah menghindari makanan yang mengandung banyak garam dan mengurangi makan makanan yang digoreng. klien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar dan melihat. Keadaan saat ini pendengaran, penglihatan, perabaan dan penciuman masih berfungsi secara baik. Klien juga mengatakan mengeluh nyeri di daerah kepala sampai tengkuk.

(g) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri: klien mengatakan menerima kondisinya saat ini. Harga diri: klien mengatakan dirinya berharga. Ideal diri: klien mengatakan ingin sembuh dan ingin kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Peran diri: klien mengatakan dia berperan sebagai ibu rumah tangga yang

setiap harinya mengerjakan pekerjaan rumah. Ideal diri:
klien mengenali dirinya.

(h) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan dirinya memiliki 6 orang anak, dia dan dirinya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain.

Klien mengatakan dirinya sudah menopause sejak usia 43 tahun.

(i) Pola peran hubungan

Klien mengatakan dia berperan sebagai ibu bagi anaknya dan istri bagi suaminya. Hubungan dengan anggota keluarga berjalan harmonis dan hubungan dan hubungan dengan keluarganya terjalin erat. Saat ini klien menjalin hubungan baik dengan dokter, perawat dan pasien lainnya.

(j) Pola mekanisme dan toleransi stress

Klien mengatakan bila ada masalah dia biasa menceritakan kepada keluarganya. Saat ini klien nampak tenang dan mengatakan penyakit ini bisa disembukan bila diberi pengobatan dari dokter dan perawat

(k) Pola sistem dan kepercayaan

Sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya beragama katolik yang setiap minggunya selalu beribadah di gereja.
Saat ini : klien hanya bisa berdoa di tempat tidurnya

(5) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum: lemah, kesadaran compesmetis, GCS: 15 dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Berat badan 55kg, tinggi badan 165 cm Tanda-Tanda Vital (TTV), TD 160/90 mmHg, Suhu 36,5 °C, SPO₂ 98% Nadi 84x/m Respiratory rate (Rr): 20x/m.

Keadaan fisik: bentuk kepala bulat, warna rambut putih, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan di kepala. Wajah pucat, ekspresi wajah meringis, bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, ada refleks terhadap ransangan cahaya tidak ada edema dan nyeri tekan. Tidak ada sekret pada lubang hidung tidak terdapat polip, tidak ada nyeri tekan pada hidung. Mukosa bibir lembap bentuk telinga simetris tidak ada serumen pada lubang telinga, tidak ada benjolan dan nyeri tekan pada telinga. tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis, betuk dada simetris, pernapasan spontan, frekuensi napas 20x/m. suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan seperti mengi, ronki. Teraba denyut jantung bising usus 12x/m tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Jari tangan kanan lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, terpasang infus NaCl 20 Tpm. Akral hangat CRT > 3 Detik kekuatan otot: gerakan penuh, melawan

grafitasi dan melawan tekanan minimal (4). Jari tangan Kiri lengkap, tidak ada nyeri tekan tidak ada edema. kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4). Jari kaki kanan lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema. kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4). Ibu jari kaki telah diamputasi. Tidak ada edema dan nyeri tekan kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4) Kekuatan otot ekstermitas:

4	4
4	4

(6) Keluhan subyektif nyeri

P : Nyeri semakin dirasakan saat klien bergerak

Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri dirasakan di daerah kepala sampai tengkuk

S : Skala nyeri 3(nyeri ringan)

T : Nyeri hilang timbul

(7) Pemeriksaan penunjang

Tanggal : 25 April 2024

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	6.66	10 ³ /U1	3.60-11.00
LYMPH#	1.97	10 ³ /uL	1.00-3.70
MONO#	0.39	10 ³ /uL	0.00-0.70
BASO#	0.04	10 ³ /uL	0.00-0.10
LYMPH%	29.6	%	25.0-40.0
MONO%	5.9	%	2.0-8.0

EO%	8.9	%	2.0-4.0
BASO%	0.6	%	0.0-1.0
NEUT	55.0	%	50.0-70.0
RBC	5.33	$10^6/uL$	4.40-5.90
HGB	5.2	g/dl	12.0-14.0
HCT	33.0	%	40.0-50.0
MCV	80.0	fl	83-101
MCH	26	Pg	26.0-34.0
MCHC	32	g/dl	32.0-36.0
RDW	13	%	11.5-14.5
MPV	9	%	9.0-13.0

(8) Terapi yang diberikan

1. Infus NaCl 0.9% 20 Tpm
2. Amlodipine 10 mg/oral
3. Candesaton 8 mg/oral
4. Furosemide 20 mg/Iv

2) Tabulasi data

Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri dirasakan 3 (ringan), nyeri dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan tengkuk terasa tegang, pusing, badan lemah, wajah pucat, konjuntiva anemis, ekspresi wajah meringis, aktivitas dibantu, mengeluh lelah setelah beraktifitas, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, Suhu $36,5^{\circ}C$, SP_{O_2} 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3 detik. Hb 5,2 g/dl. Kekuatan otot ekstermitas

4	4
4	4

3) Klasifikasi data

Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan tengkuk terasa tegang, pusing, badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas.

Data obyektif: wajah pucat, konjuntiva anemis, ekspresi wajah menyeringis, skala nyeri 3 (ringan) aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3 detik, Hb 5,2 g/dl. Kekuatan otot ekstermitas

4	4
4	4

4) Analisa data

a. Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, , nyeri dirasakan hilang timbul. Data obyektif: wajah meringis, skala nyeri 3(ringan), TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m. Etiologi: agen pencedera fisiologis. Problem: Nyeri akut

b. Data Subyektif: klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: wajah pucat, aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT>3 detik.

Etiologi: peningkatan afterload. Problem : Risiko penurunan curah jantung

- c. Data subyektif: klien mengatakan pusing. Data obyektif: wajah pucat, konjungtiva anemis, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT >3 detik. Hb 5,2 g/dl. Etiologi : peningkatan tekanan darah. Problem : Perfusi perifer tidak efektif
- d. Data subyektif : klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: aktifitas klien dibantu keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT >3.

Kekuatan otot:

4	4
4	4

Etiologi : Kelemahan. Problem : intoleransi aktifitas

3. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: Data subyektif: klien mengatakan pusing. Data obyektif: wajah pucat, konjungtiva anemis, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr: 20x/m, CRT >3 detik. Hb: 5,2 g/dl.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis ditandai dengan: Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri

lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Data obyektif: wajah meringis, skala nyeri 3 (ringan), TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: Data subyektif : klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: aktifitas klien dibantu keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3. Kekuatan otot:

4	4
4	4

4. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload ditandai dengan: Data Subyektif: klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: wajah pucat, aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi: 84x/m, Rr: 20x/m, CRT>3 detik.
4. Intervensi keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu

proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan

Prioritas masalah:

- 1) Perfusi perifer tidak efektif.
- 2) Nyeri akut.
- 3) Intoleransi aktivitas.
- 4) Risiko penurunan curah jantung
 - a. Diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) warna kulit pucat menurun, 2) pengisian kapiler membaik. Intervensi perawatan sirkulasi. (1) periksa sirkulasi perifer. (mis: edema, pengisian kapiler, warna kulit dan suhu) Rasional: diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan selanjutnya agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut (2) monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. Rasional : kondisi panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas adalah tanda gangguan sirkulasi. (3) melakukan pengukuran tanda-tanda vital. Rasional : sebagai acuan dalam menentukan intervensi. (4) Anjurkan penggunaan obat penurunan tekanan darah. Rasional: mnegontrol tekanan darah agar tetap dalam kondisi normal. (5) Anjurkan banyak mengkonsumsi makanan tinggi zat besi. Rasional :meningkatkan kadar hemoglobin dalam tubuh. (6)

penatalaksanaan pemberian transfusi darah. rasional: menormalkan kembali kadar hemoglobin dalam darah

- b. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) keluhan nyeri menurun, 2) tampak meringis menurun. Intervensi manajemen nyeri. (1) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Rasional: menentukan tindakan yang tepat bagi klien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan. (2) identifikasi skala nyeri rasional: menentukan tindakan yang tepat sesuai skala nyeri. (3) melakukan pengukuran tanda-tanda vital rasional: sebagai acuan dalam menentukan intervensi. (4) ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi napas dalam) rasional: menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri. (5) fasilitasi istirahat dan tidur rasional: merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit
- c. Diagnosa keperawatan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) keluhan lelah menurun 2) warna kulit membaik. Intervensi: (1) kaji tingkat aktivitas klien Rasional: Sebagai indikator untuk menentukan aktifitas. (2) melakukan pengukuran tanda-tanda vital rasional: sebagai acuan dalam menentukan intervensi. (3) bantu klien

dalam mobilisasi secara bertahap rasional: teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energy. (4) libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan aktifitas klien rasional: keluarga dapat membantu klie dalam memenuhi kebutuhan aktifitas. (5) kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makana rasional: meningkatkan energi dalam memenuhi kebutuhan aktifitas

- d. Diagnosa keperawatan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: 1) pucat menurun, 2) lelah menurun. Intervensi perawatan curah jantung (1) melakukan pengukuran tanda-tanda vital rasional: sebagai acuan dalam menentukan intervensi (2) perhatikan warna suhu dan kelembapan rasional: kulit dingin, lembap dan pucat merupakan akibat kenaikan kompensasi pada stimulus sistem saraf simpatis dan curah jantung rendah saturasi oksigen (3) anjurkan klien mengurangi makan makanan tinggi garam rasional: garam bersifat mengikat cairan sehingga terjadi penimbunan yang dapat memperberat kerja jantung. (4) kolaborasi pemberian obat anti hipertensi rasional: membantu menurunkan tekanan darah.

5. Implementasi keperawatan

1. Hari Sabtu 27 April 2024

(1) Diagnosa 1

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: jam 07:30 wita memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, Suhu 36,5°C. 07:35 wita memonitor panas kemerahan nyeri dan bengkak pada ekstermitas hasil: tidak panas, tidak ada kemerahan tidak ada nyeri dan bengkak pada ekstermitas. 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SP_O₂ 98%. 08: 30 wita menganjurkan tetap rutin meminum obat tekanan darah hasil: klien mengatakan obat yang diberikan selama di RS selalu diminum oleh klien. 08: 40 wita menganjurkan banyak mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayur bayam, kelor, tahu tempe dan ikan. Hasil : klien mengatakan akan mengikuti anjuran. 11:00 wita menghubungi keluarga mencari pendonor untuk melakukan transfusi darah. Hasil: keluarga mengatakan segera mencari pendonor

(2) Diagnosa 2

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: 07:40 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: nyeri di daerah kepala, nyeri

terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan semakin berat saat klien bergerak. 07:42 mengidentifikasi skala nyeri hasil : skala nyeri 3 (ringan) 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 84x/m, SPO₂ 98%. 08:30 wita mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (klien disuruh menarik nafas dalam melalui hidung selama 3-5 detik lalu dihembuskan secara perlahan melalui mulut sambil bersiul. 10:00 wita memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil : klien tertidur dengan pulas. 12:05 menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri hasil: klien mengikuti anjuran.

(3) Diagnosa 3

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas antara lain: 07:50 wita mengkaji tingkat aktifitas klien hasil: klien mengatakan merasa lelah setelah beraktifitas dan mengatakan belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. 08:10 wita membantu klien dalam melakukan aktifitas hasil : menuntun klien ke toilet. 09: 00 wita melibatkan keluarga dalam aktifitas klien hasil: keluarga membantu mengganti pakaian klien, membantu

menyuapkan makan. 12:00 wita melayani diet bubur lunak hasil: makanan dihabiskan

(4) Diagnosa 4

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penurunan curah jantung antara lain, 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. 08:05 wita memperhatikan warna kulit hasil: kulit tampak pucat CRT>3 detik. 08:13 menganjurkan klien untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak garam hasil: klien mengikuti anjuran. 08:20 melayani injeksi furosemide 20 mg/Iv.

2. Hari minggu 28 April 2024

(1) Diagnosa 1

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif antara lain: jam 07:30 wita memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, suhu 36°C. 08:00 melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO₂ 99% 08: 30 wita menganjurkan tetap rutin meminum obat tekanan darah hasil: klien mengatakan obat yang diberikan selama di RS selalu diminum oleh klien. 08: 40 wita menganjurkan banyak mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayur bayam, kelor, tahu tempe dan

ikan. Hasil : klien mengatakan akan mengikuti anjuran. 11: 00 wita melayani tranfusi darah PRC 4 tpm. Hasil : tetesan lancar klien tampak tenang. 11:20 wita mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi 11:21 menaikkan tetesan darah 8 tpm hasil: tetesan lancar klien tampak tenang 11:40 wita mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi. 11: 42 wita menaikkan tetesan darah 12 tpm hasil : tetesan lancar klien tampak tenang 12:00 wita mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi. 12:02 wita menaikkan tetesan darah 16 tpm hasil: tetesan lancar klien tampak tenang 12:22 wita mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi. 12: 24 menaikkan tetesan darah 20 Tpm hasil : tetesan lancar klien tampak tenang 12: 40 mengobservasi reaksi alergi. Hasil tidak ada reaksi alergi.

(2) Diagnosa 2

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: 07:40 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: nyeri di daerah kepala, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan semakin berat saat klien bergerak. 07:42 mengidentifikasi skala nyeri hasil: skala nyeri 2 (ringan) 08:00 melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SP_{O_2} 99%. 08:50 menganjurkan melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri bila tiba-tiba merasa

nyeri hasil: klien mengikuti anjuran 10:00 wita memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil : klien tertidur dengan pulas.

(3) Diagnosa 3

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas antara lain: 07:50 wita mengkaji tingkat aktifitas klien hasil: klien mengatakan rasa lelah berkurang saat melakukan aktifitas. 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SP_{O_2} 99%. 08:30 wita Membantu klien dalam melakukan aktifitas hasil: membantu mengganti pakaian klien 12:00 wita melayani diet bubur lunak hasil: klien menghabiskan 1 porsi makananya

(4) Diagnosa 4

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penurunan curah jantung antara lain: 08:00 wita melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SP_{O_2} 99%. 08:05 wita memperhatikan warna kulit hasil: kulit tampak pucat CRT>3 detik 08:13 menganjurkan klien untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak garam hasil: klien mengikuti anjuran. 08:20 melayani injeksi furosemide 20 mg/Iv.

6. Evaluasi keperawatan

a) Hari Sabtu, 27 April 2024 Jam 14:00 wita

(1) Diagnosa 1

Subyektif : klien mengatakan pusing. Obyektif: keadaan umum lemah tidak ada edema, tidak ada nyeri ekstermitas, warna kulit pucat, CRT> 3 detik, conjugtiva anemis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. Assessment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. Planning : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5 dan 6

(2) Diagnosa 2

Subyektif: klien mengeluh nyeri di daerah kepala, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri semakin berat dirasakan saat klien bergerak. Obyektif: wajah Nampak menyeringai skala nyeri 3 (ringan) keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. Assessment : masalah nyeri akut belum teratasi Planning : lanjutkan intervensi 1, 2, 3,4, dan 5

(3) Diagnosa 3

Subyektif: klien mengatakan masih merasa lelah setelah beraktifitas dan mengatakan belum bisa melakukan aktifitas secara sendiri Obyektif: keadaan umum lemah, aktifitas klien dibantu TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. Assessment:

masalah intoleransi aktifitas belum teratasi. Planning : lanjutkan intervensi 1,2, 3, 4 dan 5

(4) Diagnosa 4

Subyektif: klien mengeluh lemah Obyektif: keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SP_{O_2} 98%. CRT > 3 Detik Assessment: masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi Planning : lanjutkan intervensi 1,2,3 dan 4

b) Hari Minggu, 28 April 2024 jam 14:00 wita

(1) Diagnosa 1

Subyektif: klien mengatakan pusing yang dirasakan sudah berkurang Obyektif: keadaan umum lemah tidak ada edema, tidak ada nyeri ekstermitas, warna kulit pucat, CRT > 3 detik, conjungtiva anemis, TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SP_{O_2} 99% Assessment : masalah perfusi perifer sebagian teratasi. Planning : 1,3, 4 dan 5

(2) Diagnosa 2

Subyektif: klien mengeluh nyeri di daerah kepala, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri semakin berat dirasakan saat klien bergerak Obyektif: wajah Nampak menyeringai skala nyeri 2 (ringan) keadaan umum lemah TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SP_{O_2} 99% Assessment: masalah nyeri akut sebagian teratasi Planning : 1,2,3, 4 dan 5 dilanjutkan

(3) Diagnosa 3

Subyektif: klien mengatakan rasa lelah berkurang setelah melakukan aktifitas Obyektif : keadaan umum lemah aktifitas masih dibantu TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m, SPO₂ 99%. Assessment : masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi
 Planning : lanjutkan intervensi 1,2, dan 4 dan 5

(4) Diagnosa 4

Subyektif : klien mengeluh masih lelemah Obyektif: keadaan umum lemah TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m, SPO₂ 99% CRT > 3 detik. Assessment: masalah resiko penurunan curah jantung sebagian teratasi. Planning : lanjutkan intervensi 1.2.3 dan 4.

c) Hari Senin, 29 April 2024 dilakukan catatan perkembangan dan diperoleh hasil:

(1) Diagnosa 1

08: 00 wita Subyektif: kilen mengatakan sudah tidak merasa pusing lagi Obyktif: pucat berkurang CRT < 3 detik, conjungtiva tidak anemis, TD 130/80mmhg, nadi 79x/m, SPO₂:99%, suhu 36, 5°C, Hb 9 g/dl Assessment : masalah perfusi perifer tiak efektif teratasi
 Planning : intervensi dihentikan. Implementasi: tidak dilakukan lagi. 14:00 wita Evaluasi: keadaan umum klien baik, tidak merasa pusing lagi pucat berkurang, CRT<3 detik, conjungtiva tidak anemis, TD 130/80 mmHg, nadi 79x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C, Hb 9 g/dl sesuai intruksi dokter klien di perbolehkan pulang

(2) Diagnosa 2

08:00 wita Subyektif: klien mengatakan tidak merasa nyeri lagi dikepalanya. Obyektif: klien tampak tenang, TD 130/80mmhg, nadi 79x/m, SPO₂ 99%, 36, 5°C. Assessment: masalah nyeri akut teratasi Planning: intervensi dihentikan. Implementasi : tidak dilakukan lagi 14:00 Evaluasi: klien tampak tenang keadaan umum baik, tidak mengeluh nyeri lagi TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C, sesuai instruksi dokter klien di perbolehkan pulang

(3) Diagnosa 3

08:00 wita Subyektif: klien mengatakan tidak merasa lelah lagi setelah melakukan aktifitas Obyektif: klien tampak segar, klien mandi, BAB dan BAK sendiri TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C. Assessment: masalah intoleransi aktifitas teratasi Planning : intervensi dihentikan. Implementasi tidak dilakukan lagi. 14:00 Evaluasi: klien tampak segar, klien mandi. BAB dan BAK sendiri tidak merasa lelah lagi setelah melakukan aktifitas TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, sesuai instruksi dokter klien di perbolehkan pulang.

(4) Diagnosa

08:00 wita Subyektif: klien mengatakan tidak merasa lemah lagi

Obyektif: keadaan umum baik, CRT<3 detik, TD 130/80 mmHg,

nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C. Assesment : masalah risiko

penurunan curah tidak terjadi. Planning: intervensi dihentikan

Implementasi : tidak dilakukan lagi. 14:00 Evaluasi: klien tidak

lemas keadaan umum baik lagi CRT<3 detik, TD 130/80 mmHg,

nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, 36, 5°C, sesuai intruksi dokter klien di

perbolehkan pulang.

B. Pembahasan

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

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Menurut Ekasari (2021), mengatakan bahwa tanda dan gejala hipertensi terdiri dari enam yaitu: sakit kepala, gangguan penglihatan,

mual muntah, nyeri dada, kelelahan dan rasa pusing. Pada kasus Ny. E. E ditemukan klien mengeluh sakit kepala, pusing, tengkuk terasa tegang, kelelahan Hb 5,2 g/dl dan CRT > 3 detik. Hal ini menunjukkan kesenjangan antar teori dan kasus dimana pada kasus nyata pasien tidak mengalami gangguan penglihatan. Gangguan penglihatan pada pasien hipertensi dikarenakan tekanan darah tinggi yang dialami sudah menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah mata dan penebalan pembuluh darah disekitar retina sehingga pandangan menjadi kabur. Sedangkan pada kasus Ny. E. E kemungkinan tekanan darah tinggi yang dialami belum sampai merusak pada pembuluh darah mata dan penebalan pembuluh darah disekitar retina. Pada kasus Ny. E. E juga tidak ditemukan keluhan mual muntah. Mual muntah yang dialami oleh pasien hipertensi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial (TIK), yang disebabkan oleh adanya perdarahan yang timbul akibat pecahnya pembuluh darah di kepala, dimana peningkatan TIK yang terjadi dapat menekan Chemoreseptor Trigger Zone (CTZ) pada medula oblongata yang merupakan pusat muntah. Sedangkan pada kasus tidak mengalami mual muntah kemungkinan tidak terjadi peningkatan TIK yang menekan chemoreseptor trigger zone (CTZ) pada medula oblongata yang merupakan pusat muntah. Pada kasus juga tidak ditemukan keluhan nyeri dada. Nyeri dada yang dirasakan oleh pasien hipertensi karena sudah terjadi penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung, sehingga mengurangi aliran darah, dan oksigen ke jantung. Tekanan yang

meningkat dan aliran darah yang berkurang ini dapat menyebabkan Nyeri dada. Sedangkan pada kasus tidak mengalami keluhan nyeri dada kemungkinan tidak terjadi penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung.

Pada pasien di temukan kadar hemoglobin rendah (5,2 g/dl) yang dimana kondisi tersebut juga tidak sesuai dengan tanda gejala hipertensi menurut Ekasari 2021. Kadar hemoglobin rendah pada pasien bisa diakibatkan, karena adanya peningkatan tekanan darah yang menstimulasi respon inflamasi seperti permeabilitas vaskuler. Ketika terjadi proses inflamasi, IL-6 secara cepat dapat merangsang sintesis hepcidin. Hepcidin merupakan hormon peptid yang di produksi oleh sel hepatosis. Hepcidin berperan sebagai regulator transmembran transport Fe, mengontrol absorpsi Fe pada usus, mobilisasi Fe pada hepar dan daur ulang Fe oleh makrofag. Peningkatan kadar hepcidin dapat menyebabkan makrofag hepasist dan eritrosi menahan Fe yang seharusnya dikeluarkan ke plasma, hal ini dapat menyebabkan hipoforemia. Hipoforemia yang terjadi dapat mengganggu proses eritropoesis sehingga dapat menyebabkan anemia (syarofudin, 2019). Selain itu keadaan pasien dengan CRT > 3 detik terjadi karena berkaitan langsung dengan kadar hemoglobin yang rendah, dimana fungsi hemoglobin adalah mengikat dan membawa oksigen apabila Hemoglobin rendah maka suplai oksigen ke perifer berkurang

2. Diagnosa keperawatan

Sari (2021), diagnosa keperawatan untuk kasus hipertensi ada 6 diagnosa yaitu: penurunan curah jantung, Perfusi perifer tidak efektif, Nyeri akut, Hipervolemia, Intoleransi aktifitas dan Resiko jatuh. Sedangkan diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. E.E yaitu: nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktifitas dan risiko penurunan curah jantung. Hal ini menunjukkan kesenjangan dimana di diagnosa teori terdapat 6 diagnosa keperawatan sedangkan di kasus hanya mengangkat 4 diagnosa keperawatan. Pada teori terdapat masalah hipervolemia dan resiko jatuh tetapi pada kasus Ny. E. E tidak di temukan masalah keperawatan tersebut. Masalah hipervolemia tidak ditemukan karena pasien tidak mengalami gangguan pada pembuluh darah ginjal, Sehingga tidak terjadi penyempitan pada pembuluh darah. Kondisi menyempitnya pembuluh dara ginjal akan mengakibatkan aliran nutrisi ke ginjal terganggu dan mengakibatkan juga kerusakan pada sel-sel ginjal dan aliran darah pada ginjal menurun dan menstimulus respon Renin Angiotensin Aldosteron (RAA), yang dimana RAA adalah enzim yang dihasilkan oleh ginjal dalam membantu mengontrol tekanan darah dan bekerjasama menahan garam dan cairan dan apabila prosenya tidak berjalan dengan baik akan mengakibatkan retensi natrium (NA) dan menimbulkan edema, dan pada Ny. E. E tidak ditemukan edema sebagai salah satu tanda seseorang mengalami hipervolemi. Pada kasus Ny. E. E juga tidak ditemukan masalah risiko jatuh karena saat dikaji klien tidak

mengalami gangguan pada penglihatannya berarti belum terjadi kerusakan ataupun penebalan pada pembuluh disekitar retina. Selain itu pada kasus Ny. E. E Juga baru mengangkat masalah risiko penurunan curah jantung sedangkan menurut teori sudah terjadi penurunan curah jantung hal ini dikarenakan pasien tidak dilakukan pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) sehingga tidak ada data objektif gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi yang merupakan data pendukung diangkatnya masalah penurunan curah jantung yang bersifat actual

3. Intervensi keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Ny. E. E disusun berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018 dan dibandingkan dengan masalah keperawatan pada kasus. Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun tinjauan kasus sama hanya pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif ditambahkan 1 intervensi penatalaksanaan pemberian tranfusi darah karena pasien dengan kadar Hb rendah (5,2 g/dl) dan pada pada diagnosa intoleransi aktifitas ditambahkan 1 intervensi mengkaji tingkat aktifitas klien untuk mengetahui sejauh mana klien bisa melakukan aktifitas. Sedangkan 2 diagnosa lainnya seperti nyeri akut dan risiko penuran curah jantung intervensi yang diberikan sesuai dengan intervensi pada tinjauan teoritis. Untuk diagnosa perfusi perifer tidak efektif ada 6 intervensi, nyeri akut 5 intervensi, intoleransi aktifitas 5

intervensi dan untuk risiko penurunan curah jantung ada 4 intervensi yang diberikan.

4. Implementasi keperawatan

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018, tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 27-29 April 2024. Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan perencanaan. Pada diagnosa 1 memeriksa adanya Edema, CRT dan warna kulit, periksa adanya bengkak dan kemerahan pada ekstermitas, melakukan pengukuran vital sign, mengingatkan selalu rutin mengkonsumsi obat penurun tekanan darah dan menganjurkan banyak mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayur daun bayam, daun kelor telur dan daging ikan. Dan pemberian tranfusi darah. Pada diagnosa 2 memonitor keluhan nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, dan mengurangi kebisingan dengan membatasi pengunjung. Pada diagnosa 3 mengkaji aktifitas klien, membantu klien dalam mobilisasi, selalu melibatkan keluarga dalam aktifitas klien, serta melayani diet klien untuk memenuhi kebutuhan energinya. Pada diagnosa ke 4 mengobservasi vital sign terutama TD dan frekuensi denyut nadi, menganjurkan mengurangi makanan tinggi garam dan melayani pasien injeksi obat

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan hasil pasien mengatakan tidak pusing lagi, kulit tidak pucat, CRT < 3 detik, dan Hb 9 g/dl. Masalah nyeri akut teratasi dengan hasil pasien mengatakan tidak nyeri lagi, ekspresi wajah tampak rileks. Masalah intoleransi aktifitas teratasi dengan hasil, pasien mengatakan tidak merasa lelah setelah beraktifitas, dapat melakukan aktifitas sendiri seperti makan dan berjalan ke toilet. Masalah risiko penurunan curah jantung tidak terjadi dengan hasil tekanan darah menurun 130 mmHg, kulit tidak pucat dan tidak merasa lelah lagi setelah beraktifitas. Hal diatas menunjukkan tidak adanya kesenjangan antara hasil evaluasi yang ditemukan dan hasil evaluasi pada teoritis.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien Ny. E.E. dengan diagnose medis Hipertensi di Ruang penyakit dalam III pada tanggal 27 april- 29 April 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada pasien Ny. E.E. dengan diagnosa Hipertensi ditemukan data klien mengalami pusing, sakit kepala, tengkuk tegang, badan terasa lemah saat dilakukan pemeriksaan fisik ditemukan wajah tampak meringis, wajah pucat, konjungtiva anemis TD: 160/90 mmHg, CRT >3 detik. Hb: 5,2 g/dl. , aktivitas dibantu keluarga seperti mengenakan baju, toileting, makan/minum, dan lain sebagainya.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny E.E. yaitu: perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, dan risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload
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 klien, keluarga dan didukung oleh ketaatan penderita dalam mengonsumsi obat Hipertensi secara teratur
5. Evaluasi pada kasus Ny E.E. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi, masalah nyeri akut teratasi, masalah intoleransi aktifitas teratasi dan risiko penurunan curah jantung tidak terjadi
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada teori dan kasus nyata. Secara teori keluhan gangguan penglihatan, nyeri dada dan mual muntah tidak ditemukan di kasus nyata. Sedangkan kondisi Hb rendah (5, 2 g/dl) dan CRT > 3 detik yang tidak sesuai dengan teori ditemukan pada pasien. Pada diagnosa teori tidak mengangkat masalah hipervolemi dan risiko jatuh sesuai dengan masalah keperawatan pada teori.

B. Saran

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

1. RSUD Ende

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan

2. 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

3. 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

- Aspiani, Reny Yuli. 2016. *Buku ajar asuhan keperawatan klien gangguan kardiovaskular*. Jakarta : EGC.
- Athiyya, Noor, Lisa Fitriani. 2021. “Penyuluhan Hipertensi Melalui Whatsapp Group Sebagai Upaya Pengendalian Hipertensi.” Vol. 4.
- Dinkes Kabupaten Ende 2023. Kasus Hipertensi Di Kota Ende. Laporan Tahunan
- Dinkes NTT. 2022. Kasus Hipertensi di Nusa Tenggara Timur . Diambil pada 13 Januari 2024 dari Profil Kesehatan NTT. www. Depkes. Co. Id
- Doenges, Marilyn E. dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III. Alih Bahasa: I Made Kriasa. EGC. Jakarta
- Ekasari. 2021. *Hipertensi: Kenali Penyebab, Tanda Gejala Dan Penanganannya*. Jakarta : Poltekkes Kemenkes Jakarta, 2021.
- Fitriarti, Etik Anjar. 2019. Urgensi literasi digital dalam menangkal hoax kesehatan di era digital. Vol. 4.
- Kemenkes RI. *Kasus Hipertensi di Indonesia*. Diambil pada 23 Desember 2023 dari Profil Kesehatan Indonesia. www. Depkes. Co. Id.
- KEMKES RI. 2019. Mengenal Penyakit Hipertensi. Diambil pada 23 Desember 2023 dari <https://upk.kemkes.go.id/new/mengenal-penyakit-hipertensi> .
- Mahfud, M., Barasila, B., & Indrayani, S. (2019). Dukungan Sosial Berhubungan dengan Self Care Management Pada Lansia Hipertensi di Puskesmas Sedayu II. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*, 10(2), 700–712. Diambil pada 12 November dari <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i2.463>
- Mayasari, et al. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Hipertensi. *Journal Of Telenursing (JOTING)*.
- PBL DR Kelompok 19 UINSU. 2020. *Buku Saku Pedoman Pencegahan Penyakit Hipertensi*. Medan : CV. Kencana Emas Sejahtera, 2020.
- PPNI. 2016. *Standar Diagnostik keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI.

- Puspita, T., Ernawati, E., & Rismawan, D. (2019). Hubungan Efikasi Diri dengan Kepatuhan Diet pada Penderita Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 7(1),32. Diambil pada 12 Desember 2023 dari <https://doi.org/10.36973/jkih.v7i1.159>
- Rohimah, S. (2015). Pengaruh Kompres Hangat Pada Pasien Hipertensi Esensial Di Wilayah Kerja Puskesmas Kahurpian Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 13(1), 213–227.
- Sakinah, S., Ratu, J. M., & Weraman, P. (2020). Hubungan antara Karakteristik Demografi dan Pengetahuan dengan Self Management Hipertensi Pada Masyarakat Suku Timor. *Jurnal Penelitian Kesehatan “SUARA FORIKES” (Journal of Health Research “Forikes Voice”)*, 11(3), 245. Diambil pada 12 Desember dari <https://doi.org/10.33846/sf11305>
- Sari, N. P. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi yang di Rawat di Rumah Sakit. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). Diambil pada 16 Desember 2023 Dari http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI_Novia_Puspita_Sari.pdf.
- Sihotang, R., Utama, T. A., Aprilatutini, T., & Yustisia, N. (2020). Self Care Management Evaluation in Hypertension Patients. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 3(2), 184–202. Diambil pada 16 Desember 2023 dari <https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.13935>
- SLKI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi , Edisi 1*. Jakarta : DPP PPNI
- Syarohfudin (2019). Pengaruh Hipertensi terhadap Anemia Studi Observasional Analitik pada pasien DM tipe 2 di RSI Sultan Agung Semarang diambil pada 23 Juni 2024 <http://repository.unissula.ac.id/14162/4/publikasi.pdf>
- WHO. Hipertension. 2022. Diambil pada 18 Desember 2023 dari <https://www.who.int/weaternpacific/health-tropics/mental-health>
- Windi G. 2018 “*Hubungan Antara Hipertensi Dengan Kejadian Penyakit Jantung Koroner Pada Pasien Yang Berobat Di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R. D. Kandou Manado,*” *J. KESMAS*, vol. 7, no. 4, pp. 1–7.



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



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

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY. E. E

DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE

I. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1. Identitas

1) Identitas pasien

Nama : Ny. E. E
Umur : 49 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Jln. Gatot Subroto
Agama : katolik
Pendidikan : SMA
Diagnosa medik : Hipertensi

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. Y. A
Umur : 23 tahun
Hubungan dengan klien : anak kandung
Alamat : Jln. Gatot Subroto

2. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan sakit kepala dan tengkuk terasa tegang

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 27 april 2024 pukul 08:00 wita klien mengatakan awalnya klien hanya ingin melakukan control pemeriksaan kesehatan di poli klinik penyakit dalam Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende, hasil pemeriksaan Tekanan Darah (TD) klien 210/90 mmHg sehingga dokter menyarankan klien untuk rawat inap. Pukul 12:00 wita klien diantar ke ruangan IGD, saat dilakukan observasi TD klien 200/90 mmHg tanpa keluhan apapun yang dirasakan kemudian di jam 18:00 klien dipindahkan ke Ruang Penyakit Dalam dan saat itu klien sudah mulai merasakan sakit kepala dan tengkuk terasa tegang

3) Riwayat kesehatan masa lalu

a) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan bahwa penyakit hipertensi yang dialami sekarang sudah di derita klien sejak tahun 2020. Dan ditahun 2019 klien sudah menderita penyakit Diabetes melitus (DM).

b) Pernah dirawat

Klien mengatakan sebelumnya dirinya pernah dirawat di Rumah Sakit karena sakit DM

c) Alergi

Klien mengatakan Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, maupun minuman

d) Kebiasaan (merokok/minum kopi/alcohol)

Klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum kopi, begadang, merokok, maupun minum alkohol

4) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan di keluarganya ibu klien pernah mengalami penyakit hipertensi dan penyakit DM

5) Diagnosa medis yang didapat sebelumnya

Klien mengatakan sebelumnya pernah menderita sakit hipertensi dan DM. Klien mengatakan rutin mengkonsumsi obat Hipertensi dan DM

3. Pengkajian Perpola

1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan kesehatannya sangatlah penting, kebersihan dan lingkungan rumah selalu diperhatikan. Bila pasien sakit atau anggota keluarga yang sakit langsung berobat ke puskesmas atau diantar ke rumah sakit

2) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit: klien mengatakan dalam sehari klien makan 3 x sehari, berupa nasi, lauk, sayur, sebelum klien sakit di tahun 2019 klien mengatakan biasanya sehari-hari makan nasi putih, sayur santan, sayur tumis dan banyak makanan yang berminyak lainnya. Tetapi sejak pasien mengalami DM dan hipertensi sejak tahun 2019 pasien sudah pantang makan ikan asin, sayur santan atau tumis dan gorengan. Klien biasanya minum air putih 7-8 gelas perhari sekitar (1750 cc)

Saat ini: klien makan 3 x sehari porsi makan tidak dihabiskan, klien kurang selera makan karena mengeluh makanan yang bisa di konsumsi sekarang rasanya hambar (tidak ada rasa) jenis makanan nasi lunak, telur rebus, tahu tempe sayur bening dan sekali-kali ikan goreng. Klien biasanya minum air putih 6-7 gelas perhari sekitar (1500 cc)

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan dalam sehari biasanya BAB 1x sehari konsistensi padat, warna kuning berbau khas, BAK 5-6 kali sehari warna kuning bau khas tidak ada keluhan saat BAB dan BAK.

Saat sakit: klien mengatakan frekuensi BAB tetap sama 1x sehari konsistensi padat, warna kuning berbau khas, BAK 4-5

kali sehari warna kuming bau khas tidak ada keluhan saat BAB dan BAK

4) Pola aktifitas-latihan

Sebelum sakit: klien mengatakan setiap harinya dia melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri seperti memasak, mencuci, serta mengurus semua pekerjaan rumah

Saat ini: klien dianjurkan untuk tetap berbaring di tempat tidur dan banyak istirahat. Aktivitas dan rentan gerak klien terbatas. Karena klien mengeluh pusing, sakit kepala, badan lemah, tengkuk terasa tegang, aktifitas seperti makan, mandi, berpakaian, BAB dan BAK dibantu oleh keluarga. Klien juga mengatakan lelah setelah beraktifitas

Tingkat kemampuan melakukan aktivitas

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

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

5) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: klien mengatakan biasanya dia tidur malam selama 7-8 jam dari jam 21:30-04:30 wita dan tidur siang selama 1-2 jam dari jam 13:00-15:00 wita. Tidak ada keluhan apapun saat tidur

Saat sakit: klien mengatakan lebih sering tidur saat pagi dari jam 10:00-11:00 wita, siang hari dari jam 13:00-14:00 wita dan pada malam hari dari jam 21:00- 05:00 wita Tidak ada keluhan apapun saat tidur

6) Pola kognitif dan persepsi sensori

Klien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dideritanya sejak tahun 2020 saat rutin melakukan kunjungan ke posyandu lansia saat mengetahui penyakitnya klien sudah menghindari makanan yang mengandung banyak garam dan mengurangi makan makanan yang digoreng. klien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar dan melihat. Keadaan saat ini pendengaran, penglihatan, perabaan dan penciuman masih berfungsi secara baik. Klien juga mengatakan mengeluh nyeri di daerah kepala sampai tengkuk.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri: klien mengatakan menerima kondisinya saat ini.
Harga diri: klien mengatakan dirinya berharga. Ideal diri: klien mengatakan ingin sembuh dan ingin kembali melakukan aktivitas sehari-hari. Peran diri: klien mengatakan dia berperan sebagai ibu rumah tangga yang setiap harinya mengerjakan pekerjaan rumah. Ideal diri: klien mengenali dirinya.

8) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan dirinya memiliki 6 orang anak, dia dan dirinya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain. Klien mengatakan dirinya sudah menopause sejak usia 43 tahun.

9) Pola peran hubungan

Klien mengatakan dia berperan sebagai ibu bagi anaknya dan istri bagi suaminya. Hubungan dengan anggota keluarga berjalan harmonis dan hubungan dan hubungan dengan keluarganya terjalin erat. Saat ini klien menjalin hubungan baik dengan dokter, perawat dan pasien lainnya.

10) Pola mekanisme dan toleransi stress

Klien mengatakan bila ada masalah dia biasa menceritakan kepada keluarganya. Saat ini klien nampak tenang dan mengatakan penyakit ini bisa disembukan bila diberi pengobatan dari dokter dan perawat

11) Pola system dan kepercayaan

Sebelum sakit: Klien mengatakan dirinya beragama katolik yang setiap minggunya selalu beribadah di gereja. Saat ini : klien hanya bisa berdoa di tempat tidurnya

4. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum: lemah, kesadaran kompresmetis, GCS: 15 dengan respon Eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5

(spontan bicara), dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).

Berat badan 55kg, tinggi badan 165 cm

2) Tanda-Tanda Vital (TTV), TD 160/90 mmHg, Suhu 36,5 °C, SPO₂ 98% Nadi 84x/m Respiratory rate (Rr): 20x/m.

3) Keadaan fisik:

a) Kepala: bentuk bulat, warna rambut putih, kulit kepala bersih, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan di kepala.

b) Wajah: pucat, ekspresi wajah meringis

c) Mata : simetris, konjungtiva anemis, ada refleks terhadap ransangan cahaya tidak ada edema dan nyeri tekan.

d) Hidung : Tidak ada sekret pada lubang hidung tidak terdapat polip, tidak ada nyeri tekan pada hidung.

e) Bibir: Mukosa bibir lembap

f) Teling : bentuk telinga simetris tidak ada serumen pada lubang telinga, tidak ada benjolan dan nyeri tekan pada telinga.

g) Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis,

h) Dada : bentuk dada simetris, pernapasan spontan, frekuensi napas 20x/m. suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan seperti mengi, ronki. Teraba denyut jantung.

- i) Abdomen: bising usus 12x/m tidak ada nyeri tekan pada abdomen.
- j) Ekstremitas atas: Jari tangan kanan lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, terpasang infus NaCl 20 Tpm. Akral hangat CRT > 3 Detik kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4). Jari tangan Kiri lengkap, tidak ada nyeri tekan tidak ada edema. kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4).
- k) Ekstremitas bawah: Jari kaki kanan lengkap, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema. kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4). Ibu jari kaki telah diamputasi. Tidak ada edema dan nyeri tekan kekuatan otot: gerakan penuh, melawan grafitasi dan melawan tekanan minimal (4) Kekuatan otot ekstermitas

4	4
4	4

5. Keluhan Subyektif Nyeri

P : Nyeri semakin dirasakan saat klien bergerak

Q : Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri dirasakan di daerah kepala sampai tengkuk

S : Skala nyeri 3 (nyeri ringan)

T : Nyeri hilang timbul

6. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 25 April 2024

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	6.66	$10^3/Ul$	3.60-11.00
LYMPH#	1.97	$10^3/uL$	1.00-3.70
MONO#	0.39	$10^3/uL$	0.00-0.70
BASO#	0.04	$10^3/uL$	0.00-0.10
LYMPH%	29.6	%	25.0-40.0
MONO%	5.9	%	2.0-8.0
EO%	8.9	%	2.0-4.0
BASO%	0.6	%	0.0-1.0
NEUT	55.0	%	50.0-70.0
RBC	5.33	$10^6/uL$	4.40-5.90
HGB	5.2	g/dl	12.0-14.0
HCT	33.0	%	40.0-50.0
MCV	80.0	fl	83-101
MCH	26	Pg	26.0-34.0
MCHC	32	g/dl	32.0-36.0
RDW	13	%	11.5-14.5
MPV	9	%	9.0-13.0

7. Terapi yang diberikan

1. Infus NaCl 0.9% 20 Tpm
2. Amlodipine 10 mg/oral
3. Candesaton 8 mg/oral
4. Furosemide 20 mg/Iv

B. Tabulasi data

Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri dirasakan 3 (ringan), nyeri dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan tengkuk terasa tegang, pusing, badan lemah, wajah pucat, konjungtiva anemis,

ekspresi wajah meringis, aktivitas dibantu, mengeluh lelah setelah beraktifitas, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, Suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3 detik. Hb 5,2 g/dl. Kekuatan otot ekstermitas

4	4
4	4

C. Klasifikasi data

Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Klien juga mengatakan tengkuk terasa tegang, pusing, badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas.

Data obyektif: wajah pucat, konjuntiva anemis, ekspresi wajah menyeringis, skala nyeri 3 (ringan) aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3 detik, Hb 5,2 g/dl. Kekuatan otot ekstermitas

4	4
4	4

D. Analisa data

No	Sign/Symtom	Etiologi	Problem
1	<p>Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>Data obyektif: wajah meringis, skala nyeri 3(ringan), TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m.</p>	<p>Agen pencedera fisiologis.</p>	Nyeri akut
2	<p>Data Subyektif: klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas.</p> <p>Data obyektif: wajah pucat, aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂</p>	<p>Peningkatan afterload.</p>	<p>Risiko penurunan curah jantung</p>

	98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT>3 detik.		
3	Data subyektif: klien mengatakan pusing. Data obyektif: wajah pucat, konjuntiva anemis, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO ₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT >3 detik. Hb 5,2 g/dl.	Peningkatan tekanan darah.	Perfusi perifer tidak efektif
4	Data subyektif : klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: aktifitas klien dibantu keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO ₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT >3. Kekuatan otot:	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

	4	4		
	4	4		

II. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: Data subyektif: klien mengatakan pusing. Data obyektif: wajah pucat, konjungtiva anemis, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr: 20x/m, CRT >3 detik. Hb: 5,2 g/dl.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis ditandai dengan: Data subyektif: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul. Data obyektif: wajah meringis, skala nyeri 3 (ringan), TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: Data subyektif : klien mengatkan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: aktifitas klien dibantu keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m, CRT >3. Kekuatan otot:

4	4
4	4

d. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload ditandai dengan: Data Subyektif: klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. Data obyektif: wajah pucat, aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi: 84x/m, Rr: 20x/m, CRT>3 detik.

III. Perencanaan Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan, Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan

Prioritas masalah:

- 1) Perfusi perifer tidak efektif.
- 2) Nyeri akut.
- 3) Intoleransi aktivitas.
- 4) Risiko penurunan curah jantung

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam	Perawatan sirkulasi 1. periksa sirkulasi perifer. (mis: edema, pengisian kapiler, warna	1. diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilakukan

	<p>tekanan darah. Di tandai dengan DS : klien mengatakan pusing. DO: wajah pucat, konjungtiva anemis, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr: 20x/m, CRT >3 detik. Hb: 5,2 g/dl.</p>	<p>diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1) warna kulit pucat menurun 2) pengisian kapiler membaik.</p>	<p>kulit dan suhu) 2. monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. 3. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital. 4. Anjurkan penggunaan obat penurun tekanan darah. 5. Anjurkan banyak mengonsumsi makanan tinggi zat besi. 6. Penatalaksanaan pemberian transfusi darah.</p>	<p>selanjutnya agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut 2. kondisi panas, nyeri, kemerahan dan bengkak pada ekstermitas adalah tanda gangguan sirkulasi. 3. sebagai acuan dalam menentukan intervensi. 4. Mengontrol tekanan darah agar tetap dalam kondisi normal. 5. Meningkatkan kadar hemoglobin dalam tubuh. 6. menormalkan kembali kadar hemoglobin dalam darah</p>
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Ditandai dengan DS: Klien mengatakan sakit kepala (nyeri), nyeri lebih dirasakan saat klien bergerak,</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1) keluhan nyeri menurun,</p>	<p>Intervensi manajemen nyeri 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital 4. Ajarkan teknik non farmakologis</p>	<p>1. Menentukan tindakan yang tepat bagi klien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan. 2. Menentukan tindakan yang tepat sesuai skala nyeri. 3. sebagai acuan dalam menentukan</p>

	<p>nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, , nyeri dirasakan hilang timbul. DO: wajah meringis, skala nyeri 3(ringan), TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m.</p>	<p>2) tampak meringis menurun.</p>	<p>(relaksasi napas dalam) 5. Fasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p>intervensi. 4. menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri. 5. merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit</p>
3	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan: DO: klien mengatkan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas. DO: aktifitas klien dibantu keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPO₂ 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT >3. Kekuatan otot</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil: 1) keluhan lelah menurun 2) warna kulit membaik.</p>	<p>Intervensi: manajemen energy 1. Kaji tingkat aktivitas klien 2. Lakukan pengukuran tanda-tanda vital 3. Bantu klien dalam mobilisasi secara bertahap 4. Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan aktifitas klien 5. Kolaborasi dengan ahli gizi cara meningkatkan asupan makana</p>	<p>1. Rasional: Sebagai indikator untuk menentukan aktifitas. 2. Sebagai acuan dalam menentukan intervensi. 3. Teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energy. 4. Keluarga dapat membantu klie dalam memenuhi kebutuhan aktifitas. 5. meningkatkan energi dalam memenuhi kebutuhan aktifitas</p>

	4	4			
	4	4			
4	<p>Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload ditandai dengan:</p> <p>DS: klien mengatakan badan lemah, mengeluh lelah setelah beraktifitas.</p> <p>DO: wajah pucat, aktivitas dibantu, keadaan umum lemah, kesadaran komposmetis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, SPo2 98%, nadi 84x/m, Rr 20x/m CRT>3 detik.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>1) pucat menurun</p> <p>2) lelah menurun.</p>	<p>Intervensi perawatan curah jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital 2. Perhatikan warna suhu dan kelembapan 3. Anjurkan klien mengurangi makan makanan tinggi garam 4. kolaborasi pemberian obat anti hipertensi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai acuan dalam menentukan intervensi 2. Kulit dingin, lembap dan pucat merupakan akibat kenaikan kompensasi pada stimulus sistem saraf simpatis dan curah jantung rendah saturasi oksigen 3. Garam bersifat mengikat cairan sehingga terjadi penimbunan yang dapat memperberat kerja jantung. 4. Membantu menurunkan tekanan darah. 	

IV. Implementasi Keperawatan

Hari/ tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Sabtu 27 April 2024	1	07: 30 wita 07:35 wita 08:00 wita 08: 40 wita 11:00 wita	<p>Memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, Suhu 36,5°C.</p> <p>Memonitor panas kemerahan nyeri dan bengkak pada ekstermitas hasil: tidak panas, tidak ada kemerahan tidak ada nyeri dan bengkak pada ekstermitas.</p> <p>Melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%. 08: 30 wita menganjurkan tetap rutin meminum obat tekanan darah hasil: klien mengatakan obat yang diberikan selama di RS selalu diminum oleh klien.</p> <p>Menganjurkan banyak mengkonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayur bayam, kelor, tahu tempe dan ikan. Hasil : klien mengatakan akan mengikuti anjuran.</p> <p>Menghubungi keluarga mencari pendonor untuk melakukan transfusi darah. Hasil: keluarga mengatakan segera mencari pendonor</p>	<p>Pukul 14:00 wita klien mengatakan pusing.</p> <p>O: keadaan umum lemah tidak ada edema, tidak ada nyeri ekstermitas, warna kulit pucat, CRT> 3 detik, conjugtiva anemis, TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%.</p> <p>A:masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5 dan 6</p>
	2	07:40 wita 07:42 wita 08:00	<p>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: nyeri di daerah kepala, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan semakin berat saat klien bergerak.</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri hasil : skala nyeri 3 (ringan)</p> <p>melakukan pengukuran Tanda-</p>	<p>S: klien mengeluh nyeri di daerah kepala, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri semakin berat dirasakan saat klien bergerak.</p>

		wita 08:30 wita 10:00 wita 12:05	<p>tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 84x/m, SPO₂ 98%.</p> <p>Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam (klien disuruh menarik nafas dalam melalui hidung selama 3-5 detik lalu dihembuskan secara perlahan melalui mulut sambil bersiul.</p> <p>Menfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil : klien tertidur dengan pulas.</p> <p>Menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri hasil: klien mengikuti anjuran.</p>	<p>O: wajah Nampak menyeringai skala nyeri 3 (ringan) keadaan umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%.</p> <p>A: masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1, 2, 3,4, dan 5</p>
	3	07:50 wita 08:00 wita 08:10 wita 09: 00 wita 12:00 wita	<p>Mengkaji tingkat aktifitas klien hasil: klien mengatakan merasa lelah setelah beraktifitas dan mengatakan belum bisa melakukan aktifitas secara mandiri</p> <p>Melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%.</p> <p>Membantu klien dalam melakukan aktifitas hasil : menuntun klien ke toilet.</p> <p>Melibatkan keluarga dalam aktifitas klien hasil: keluarga membantu mengganti pakaian klien, membantu menyuapkan makan.</p> <p>Melayani diet bubur lunak hasil: makanan dihabiskan</p>	<p>S: klien mengatakan masih merasa lelah setelah beraktifitas dan mengatakan belum bisa melakukan aktifitas secara sendiri</p> <p>O: keadaan umum lemah, aktifitas klien dibantu TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂ 98%.</p> <p>A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2, 3, 4 dan 5</p>
	4	08:00 wita	<p>Melakukan pengukuran Tanda-tanda vita hasil: TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO₂</p>	<p>S: klien mengeluh lemah</p> <p>O: keadaan</p>

		08:05 wita	98%. Memperhatikan warna kulit hasil: kulit tampak pucat CRT>3 detik.	umum lemah TD 160/90 mmHg, suhu 36,5°C, nadi 84x/m, SPO ₂ 98%. CRT> 3 Detik A: masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi P:lanjutkan intervensi 1,2,3 dan 4
		08:13 wita	Menganjurkan klien untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak garam hasil: klien mengikuti anjuran.	
		08:00 wita	Melayani injeksi furosemide 20 mg/Iv.	
Minggu 28 April 2024	1	07:30 wita	memeriksa sirkulasi perifer (edema, pengisian kapiler, warna kulit, suhu) dengan hasil: tidak ada edema, CRT>3 detik, warna kulit pucat, suhu 36°C.	Pukul 14:00 wita S: klien mengatakan pusing yang dirasakan sudah berkurang O: keadaan umum lemah tidak ada edema, tidak ada nyeri ekstermitas, warna kulit pucat, CRT> 3 detik, conjutiva anemis, TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO ₂ 99%
		08:00 wita	Melakukan pengukuran Tanda- tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO ₂ 99%	
		08:30 wita	Menganjurkan tetap rutin meminum obat tekanan darah hasil: klien mengatakan obat yang diberikan selama di RS selalu diminum oleh klien.	
		08:40 wita	Menganjurkan banyak mengonsumsi makanan tinggi zat besi seperti sayur bayam, kelor, tahu tempe dan ikan. Hasil : klien mengatakan akan mengikuti anjuran.	
		11:00 wita	Melayani tranfusi darah PRC 4 tpm. Hasil : tetesan lancar klien tampak tenang.	A: masalah perfusi perifer sebagian teratasi.
		11:20 wita	Mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi	P : lanjutkan intervensi 1,3, 4 dan 5
		11:21 wita	Menaikan tetesan darah 8 tpm hasil: tetesan lancer klien tampak tenang	
		11:40 wita	Mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi.	

		11:42 wita	Menaikan tetesan darah 12 tpm hasil : tetesan lancer klien tampak tenang	
		12:00 wita	Mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi.	
		12:02 wita	Menaikan tetesan darah 16 tpm hasil: tetesan lancar klien tampak tenang	
		12:22 wita	Mengobservasi reaksi alergi hasil: tidak ada reaksi alergi.	
		12:24 wita	Menaikan tetesan darah 20 Tpm hasil : tetesan lancer klien tampak tenang	
		12:40 wita	Mengobservasi reaksi alergi. Hasil tidak ada reaksi alergi.	
	2	07:40 wita	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil: nyeri di daerah kepala, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan semakin berat saat klien bergerak.	S: klien mengeluh nyeri di daerah kepala, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri dirasakan saat klien bergerak
		07:42 wita	Mengidentifikasi skala nyeri hasil: skala nyeri 2 (ringan)	O: wajah Nampak menyeringai skala nyeri 2 (ringan) keadaan umum lemah
		08:00 wita	Melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO ₂ 99%.	TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO ₂ 99%
		08:50 wita	Menganjurkan melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri bila tiba-tiba merasa nyeri hasil: klien mengikuti anjuran	A: masalah nyeri akut sebagian teratasi
		10:00 wita	10:00 wita memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil : klien tertidur dengan pulas.	P: 1,2,3, 4 dan 5 dilanjutkan

3	<p>07:50 wita</p> <p>08:00 wita</p> <p>08:30 wita</p> <p>12:00 wita</p>	<p>Mengkaji tingkat aktifitas klien hasil: klien mengatakan rasa lelah berkurang saat melakukan aktifitas.</p> <p>Melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO₂ 99%.</p> <p>Membantu klien dalam melakukan aktifitas hasil: membantu mengganti pakaian klien</p> <p>Melayani diet bubur lunak hasil: klien menghabiskan 1 porsi makananya</p>	<p>S: klien mengatakan rasa lelah berkurang setelah melakukan aktifitas</p> <p>O: keadaan umum lemah aktifitas masih dibantu TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m, SPO₂ 99%.</p> <p>A: masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1,2, dan 4 dan 5</p>
4	<p>08:00 wita</p> <p>08:05 wita</p> <p>08:13 wita</p> <p>08:20 wita</p>	<p>Melakukan pengukuran Tanda-tanda vital hasil TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m SPO₂ 99%.</p> <p>Memperhatikan warna kulit hasil: kulit tampak pucat CRT>3 detik</p> <p>Menganjurkan klien untuk mengurangi makanan yang mengandung banyak garam hasil: klien mengikuti anjuran.</p> <p>Melayani injeksi furosemide 20 mg/Iv.</p>	<p>S: klien mengeluh masih lemah</p> <p>O: keadaan umum lemah TD 150/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 81x/m, SPO₂ 99% CRT > 3 detik.</p> <p>A: masalah resiko penurunan curah jantung sebagian teratasi.</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1.2.3 dan 4</p>

V. Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	No Dx	Catatan perkembangan
Senin 29 April 2024	1	<p>S: klien mengatakan sudah tidak merasa pusing lagi O: pucat berkurang CRT < 3 detik, conjungtiva tidak anemis, TD 130/80mmhg, nadi 79x/m, SPO₂:99%, suhu 36, 5°C, Hb 9 g/dl</p> <p>A: masalah perfusi perifer tiak efektif teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p> <p>I: implementasi tidak dilakukan lagi.</p> <p>Evaluasi: 14:00 wita keadaan umum klien baik, tidak merasa pusing lagi pucat berkurang, CRT<3 detik, conjungtiva tidak anemis, TD 130/80 mmHg, nadi 79x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C, Hb 9 g/dl sesuai intruksi dokter klien di perbolehkan pulang</p>
	2	<p>S: klien mengatakan tidak merasa nyeri lagi dikepalanya.</p> <p>O: klien tampak tenang, TD 130/80mmhg, nadi 79x/m, SPO₂ 99%, 36, 5°C.</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p> <p>I: Implementasi tidak dilakukan lagi</p> <p>Evaluasi: 14:00 wita klien tampak tenang keadaan umum baik, tidak mengeluh nyeri lagi TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C, sesuai instruksi dokter klien di perbolehkan pulang</p>
	3	<p>S: klien mengatakan tidak merasa lelah lagi setelah melakukan aktifitas</p> <p>O: klien tampak segar, klien mandi, BAB dan BAK sendiri TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C.</p> <p>A: masalah intoleransi aktifitas teratasi Planning : intervensi dihentikan.</p> <p>I: Implementasi tidak dilakukan lagi.</p> <p>Evaluasi: 14:00 wita klien tampak segar, klien mandi. BAB dan BAK sendiri tidak merasa lelah lagi setelah melakukan aktifitas TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, sesuai instruksi dokter klien di perbolehkan pulang.</p>
	4	<p>S: klien mengatakan tidak merasa lemah lagi</p> <p>O: keadaan umum baik, CRT<3 detik, TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, suhu 36, 5°C.</p> <p>A: masalah risiko penurunan curah tidak terjadi.</p> <p>P: intervensi dihentikan</p> <p>I: Implementasi tidak dilakukan lagi.</p> <p>Evaluasi: 14:00 klien tidak lemas keadaan umum baik lagi CRT<3 detik, TD 130/80 mmHg, nadi 79 x/m, SPO₂ 99%, 36, 5°C, sesuai intruksi dokter klien di perbolehkan pulang.</p>

LAMPIRAN 2



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

LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Ulfa Sartika Dewi
NIM : PO. 5303202210035
Nama Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Pengaji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Selasa, 29 Agustus	Konsultasi judul proposal	Mendiskusikan topik Karya Tulis Ilmiah yang diambil	
2	Selasa, 12 September 2023	Konsultasi Bab I (Latar belakang, Rumusan masalah, Tujuan, Dan Manfaat	Latar belakang harus terisi dengan <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengantar kasus bukan definisi 2. Masalah kasus, skala dari internasional, nasional, provinsi, kabupaten dan tempat studi kasus 3. Faktor resiko yang mengakibatkan penyakit timbul 4. Dampak bila tidak diatasi berdasarkan penelitian 5. Peran perawat 6. Solusi yang diberikan 	

3	Jum'at, 17 november 2023	Konsultasi Bab I (Latar belakang, Rumusan masalah, Tujuan, Dan Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak menggunakan singkatan sebelum kepanjang ditulis 2. Penambahan kata fluktuasi pada data hipertensi di kota Ende 3. Mengaitkan kalimat di dampak penelitian agar tidak berdiri sendiri 4. Lanjutkan mengerjakan Bab II 	
4	Jum'at, 22 Desember 2023	Konsultasi Bab II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan panduan, cara penulisan:Alinea, halaman, nomor dan spasi(1,5) 2. Pathway penulisan sumber harus jelas 3. Manifestasi perpoint harus dijelaskan dan ditambahkan dari sumber lain 4. Penatalaksanaan di bedakan antara medis dan keperawatan 5. Pencegahan harus dijelaskan perpoint 6. Ditambahkan rasional pada setiap intervensi 	
5	Jum'at, 29 Desember 2023	Konsultasi Bab II dan III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan penulisan tanda baca 2. Jelaskan pathway secara rinci dan sederhana 3. Analisa data ditulis sesuai rumusnya(sign/symptom, etiologi, problem) 	

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Intervensi sesuai SIKI 5. Semua referensi yang ada di materi harus dicantumkan di daftar pustaka 	
6	Jum'at, 26 Januari 2024	Konultasi Bab I, II dan III	ACC, siap Ujian.	
7	Senin, 13 Mei 2024	Konsultasi hasil studi kasus (Askep)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan data pola nutrisi 2. Tambahkan data pada pola eliminasi 3. Tambahkan data pada pola tidur 4. Tambahkan keluhan nyeri pada pola sensori 5. Keluhan subyektif nyeri di narasikan 6. Lengkapi terapi pengobatan 7. Setiap implementasi dengan waktu yang berbeda 8. 	
8	Senin, 3 Juni 2024	Konsultasi hasil studi kasus (Askep) dan pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan 2. Tambahkan riwayat pengobatan sebelumnya 3. Pemeriksaan fisik dan keadaan fisik di narasikan 4. Prioritas masalah diurut 5. Catatan perkembangan 	

			dinarasikan 6. Pada pembahasan dari pengkajian sampai evaluasi menentukan kesenjangan antara teori dan kasus	
9	Selasa, 11 Juni 2024	Menguraikan isi dari pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada bagian pembahasan fokus pengkajian menentukan kesenjangan antara data teori dan data kasus 2. Pada pembahasan fokus diagnosa menentukan kesenjangan antara diagnosa keperawatan teori dan diagnosa yang diangkat pada kasus 3. Lanjut menyusun intervensi, implementasi dan evaluasi pada pembahasan 4. Lanjut menyusun kesimpulan. 	
10	Selasa, 25 Juni 2024	Konsultasi Pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pembahasan isi Pengkajian dan diagnosa 2. Tambahkan hasil penelitian lain agar mendukung sesuai kondisi penulis 	
11	Rabu, 26 Juni 2024	Konsultasi Bab IV dan V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan penulisan 2. Perbaiki bahasa dalam pengkajian dan diagnosa keperawatan 	

12	Kamis, 27	Konsultasi dan KTI	Poposal	ACC, siap ujian KTI	
----	-----------	-----------------------	---------	---------------------	---

Mengetahui:

**Ketua Program Studi Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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



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



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Ulfa Sartika Dewi
NIM : PO. 5303202210035
Nama Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Nama Pengaji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Rabu, 28 Februari 2023	Konsultasi Revisi Bab I-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan, tanda baca Bab I, II dan III 2. Perbaiki penggunaan kalimat pada bab I (faktor pemicu dan dampak hipertensi) 3. Perbaiki data pada pemeriksaan fisik(kepala) 4. Perbaiki penjelasan kalimat pada implementasi 5. Penambahan penjelasan di evaluasi 	
2	Kamis 29 Februari 2024	Konsultasi Revisi Bab I-III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spasi cover ubah 1,5 2. Perbaiki penjelasan Intervensi yang terdiri dari tujuan dan kriteria hasil 3. Evaluasi yang diharapkan sesuai diagnosa yang diangkat 	

3.	Rabu 24 April 2024	Konsultasi Revisi Bab I-III	1. Perbaiki bagian intervensi pada penerapan luaran dokumentasi manual tanpa angka	
4	Kamis 25 April 2024	Konsultasi Bab I-III	4. ACC	


 Ketua Program Studi Keperawatan Ende
 Direktorat Kesehatan Kemenkes Kupang

 Wawoiteb, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
 196601141991021001



Kementerian Kesehatan

Politeknik Kesehatan Kupang

Jalan Prof. A. Taha, Lihba, Oeboho,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 83111
03801 800276
<https://poltekkeskupang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI REVISI KTI

Nama : Ulfa Sartika Dewi
 NIM : PO. 5303202210035
 Nama Pembimbing : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 Nama Penguji : Yustina P.M. Paschalia, S.Kep.,Ns.,M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1	Selasa, 02 Juli	Konsultasi Pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki alasan kenapa diagnosa pada teori tidak diangkat 2. Penambahan pembahasan pada implemenatasi 3. Penambahan pembahasan pada evaluasi 4. Perhatikan penulisan dan tanda baca 5. Perbaiki penulisan kesimpulan 	
2	Kamis, 04 Juli 2024	Konsultasi Isi KTI Bab I-V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan penjelasan pada bagian evaluasi pembahasan 	
3	Kamis, 04 Juli 2024	Konsultasi Isi KTI bab I-V	ACC	

**Plh. Ketua Program Studi Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep.,Ns.,MSc.
 NIP. 197401132002122001

LAMPIRAN 3

JADWAL KEGIATAN

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. DATA DIRI**

Nama : Ulfa Sartika Dewi
Tempat tanggal lahir : Lamantu 28 Desember 2001
Alamat : Jln. Professor W. Z. Yohanes
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDI LAMANTU
2. SMPN 1 PASIMARANNU
3. SMAN 6 SELAYAR

MOTTO

“LIBATKAN ALLAH DALAM SEGALA USAHAMU”