

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE



OLEH:

KRISANTA PAULA PUTRI
PO5303202210054

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2023/2024

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

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



OLEH:

KRISANTA PAULA PUTRI
NIM. PO. 5303202210054

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
2023/2024

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Krisanta Paula Putri
NIM : PO5303202210054
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya tulis sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 04 September 2024
Yang membuat pernyataan



Krisanta Paula Putri
NIM. PO. 5303202210054

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

OLEH :

Krisanta Paula Putri
NIM. PO5303202210054

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

Ende, 04 September 2024

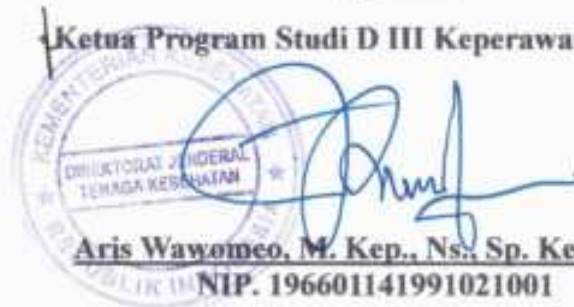
Pembimbing



Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
NIP. 196002111993032002

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



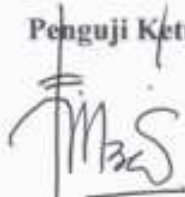
Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom
NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

OLEH:

KRISANTA PAULA PUTRI
PO5303202210054

Penguji Ketua



Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
NIP. 196006271985032001

Penguji Anggota



Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
NIP. 196002111993032002

Disahkan oleh:

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, kerana atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu:

1. Bapak Irfan, SKM., M. Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp. Kep. Kom, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Ester Puspita Jelita, Selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan studi kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Marthina Bedho, S. ST., M. Kes selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.

6. Kedua orang tua, terimakasih banyak untuk support system terbaik Bapak Herman M. Rindu dan Mama Apolonia Pau yang selalu memberi doa, dukungan dan motivasi dalam perkuliahan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Untuk adik Jhois Kando dan Grace Kando terimakasih atas doa dan dukungan kalian.
8. Untuk Teman-teman saya Aryanti, Skolastika Mako, Skolastika Marichi, Patrisia Putri Oro, Delby Sue, Jellyn Wona, Helen Yulitha terimakasih telah membantu, memberi semangat, memotivasi dan memberi masukan yang sangat bermanfaat.
9. Untuk Semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan namanya satu persatu, terimakasih atas dukungan dan semangat yang telah di berikan kepada penulis.

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

Ende, 04 September 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Krisanta Paula Putri

Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep

Latar Belakang Hipertensi adalah salah satu masalah yang cukup berbahaya di dunia, karena hipertensi merupakan faktor resiko utama yang mengarah kepada penyakit kardiovaskuler seperti serangan jantung, stroke dan penyakit ginjal. (WHO, 2018).

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada Ny. W dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

Metode yang dilakukan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian yang ditemukan pada Ny. W yaitu lemah, pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat, selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja, pasien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit. Keadaan Umum: pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² : 99 %, RR:22 x/menit, CRT: ≤ 3 detik, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, nampak tidak bersemangat, sering menguap, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan.

Diagnosa keperawatan pada Ny. W yaitu resiko perfusi Serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, mual berhubungan dengan distensi lambung, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Implementasi yang telah

dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Tindakan dilakukan dari tanggal 12, 13, 14 Agustus 2024 yaitu lima diagnosa keperawatan yang muncul. Masalah yang teratasi sebagian yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas dan masalah yang belum teratasi yaitu nausea.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah masalah pada Ny. W belum teratasi. Saran untuk keluarga dan pasien harus mengetahui cara perawatan Hipertensi pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mrs. W WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSION IN THE INTERNAL MEDICINE ROOM RPD III OF ENDE REGIONAL HOSPITAL

Krisanta Paula Putri

Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep

Background Hypertension is one of the most dangerous problems in the world, because hypertension is a major risk factor that leads to cardiovascular diseases such as heart attacks, strokes and kidney disease. (WHO, 2018).

The purpose of this writing is to provide nursing care to Mr. B. W with a medical diagnosis of Hypertension in the Internal Medicine Room III of the Ende Regional General Hospital.

The method used in this Scientific Paper is a case study method with a nursing care approach that includes assessment, nursing diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing.

The results of the study found in Mrs. W Namely weakness, dizziness, headache, neck felt tense, nausea, vomited once before being taken to the hospital, the patient said it was difficult to move his right hand, the patient said that during illness, his activities such as eating, drinking, bathing, toileting, dressing and moving were helped by family and nurses. During illness, the patient stated that it was difficult to sleep because the environment was noisy. At night he sleeps from 23:00-04:30, the patient also often wakes up in the middle of the night and sometimes cannot sleep well. The patient said he only took a nap for 1 hour, the patient said his neck felt tense, sometimes he had pain/headache. P: the patient said the pain was felt when he moved a lot, Q: the patient said the pain was like throbbing, R: the patient said the pain was in the head and did not spread, S: moderate pain scale 6 (after being given a pain scale description of 1-10), Q: The patient said the pain came and went, the pain lasted approximately 2-3 minutes. General Condition: patient looks weak, Compositis level of consciousness, GCS = 15 (Eyes = 4, Verbal = 5, Motor = 6), Vital Signs: BP: 190/90 mmHg, S: 36.7° C, N: 83 x/minute, SPO₂: 99 %, RR: 22 x/minute, CRT: ≤ 3 seconds, panda eyes, pale conjunctiva, dry lip mucosa, looks listless, often yawns, right hand muscle strength 3 (able to do lifting movements extremities/body, but unable to resist moderate resistance), 0.9% 20 tpm Nacl infusion was installed in the right hand.

Diagnosis of bleeding in Mrs. Namely the risk of ineffective cerebral perfusion related to increased blood pressure, acute pain related to increased cerebral vascular pressure and ischemia, disturbed sleep patterns related to environmental obstacles, nausea related to gastric distension, activity intolerance related to weakness.

Nursing interventions are in accordance with the nursing plan which has been aimed at overcoming the problems experienced by the patient. The implementation that the author has carried out to overcome the problems faced by

patients is in accordance with the planned intervention. Actions were carried out from 12, 13, 14 August 2024, namely five nursing diagnoses that emerged. Problems that have been partially resolved include the risk of ineffective cerebral perfusion, acute pain, disturbed sleep patterns, activity intolerance and problems that have not been resolved, namely nausea.

The conclusion of this case study is that the problem with Mrs. W has not been resolved. Advice for families and patients is to know how to treat hypertension in patients and play an active role in the patient's healing process.

Keywords: Nursing Care, Hypertension

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
E. Metode Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi	7
1. Definisi	7
2. Patologi anatomi	7
3. Anatomi fisiologi	8
4. Etiologi.....	12
5. Patofisiologi	14

6. Pathway	16
7. Manifestasi klinis	17
8. Penatalaksanaan	18
9. Pemeriksaan diagnostic.....	22
10. Komplikasi.....	22
11. Pencegahan	24
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	25
1. Definisi	25
2. Kriteria Masalah.....	25
3. Faktor Yang Berhubungan	26
4. Masalah Keperawatan Pada Hipertensi	26
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	31
1. Pengkajian.....	31
2. Diagnosa Keperawatan	40
3. Intervensi Keperawatan	42
4. Implementasi.....	52
5. Evaluasi	52
BAB III METODE STUDI KASUS	54
A. Desain Studi Kasus	54
B. Subyek Studi Kasus	54
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	55
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	55
E. Prosedur Studi Kasus	55

F. Teknik Pengumpulan Data.....	56
G. Analisa Data.....	56
H. Instrument Pengumpulan Data.....	56
I. Keabsahan Data.....	57
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	58
A. Hasil Studi Kasus	58
1. Gambaran Lokasi Studi Kasus	58
2. Pengkajian	59
3. Diagnosa Keperawatan	76
4. Intervensi keperawatan	79
5. Implementasi keperawatan.....	83
B. Pembahasan	101
1. Pengkajian	101
2. Diagnosa keperawatan	103
3. Intervensi/perencanaan keperawatan	105
4. Implementasi/pelaksanaan keperawatan	106
5. Evaluasi keperawatan.....	107
BAB V PENUTUP	109
A. Kesimpulan	109
B. Saran.....	111
DAFTAR PUSTAKA	112

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit darah tinggi yang lebih dikenal sebagai hipertensi merupakan penyakit yang mendapat perhatian dari semua kalangan masyarakat, mengingat dampak yang ditimbulkannya baik jangka pendek maupun jangka panjang sehingga membutuhkan penanggulangan jangka panjang yang menyeluruh dan terpadu. Penyakit hipertensi menimbulkan angka morbiditas (kesakitan) dan mortalitasnya (kematian) yang tinggi (Junaidi, 2018 dalam Irwadi, dkk, 2023)

Hipertensi merupakan suatu keadaan kronis yang ditandai dengan meningkatnya tekanan darah pada dinding pembuluh darah arteri, keadaan tersebut mengakibatkan jantung bekerja lebih keras untuk mengedarkan darah ke seluruh tubuh melalui pembuluh darah, hal ini dapat mengganggu aliran darah, merusak pembuluh darah, bahkan menyebabkan penyakit degeneratif, hingga kematian. (Sari Y. N, 2022).

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) 2018, menunjukkan bahwa sekitar 972 juta jiwa (26, 4%) mengidap hipertensi. Prevalensi hipertensi di Indonesia Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, menyatakan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk usia ≥ 18 tahun sebesar 34, 1%, tertinggi di Kalimantan Selatan (44. 1%), sedangkan terendah di Papua sebesar (22, 2%). Estimasi jumlah kasus hipertensi di Indonesia sebesar 63. 309. 620 orang, Sedangkan angka

kematian di Indonesia akibat hipertensi sebesar 427. 218 kematian. Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31, 6%), umur 45-54 tahun (45, 3%), umur 55-64 tahun (55, 2%). Dari prevalensi hipertensi sebesar 34, 1% diketahui bahwa sebesar 8, 8% terdiagnosis hipertensi dan 13, 3% orang yang terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 32, 3% tidak rutin minum obat. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapatkan pengobatan. Menurut data Riset kesehatan dasar (Riskesdes) 2018, kejadian hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur berjumlah 76. 130 kasus (7, 2%). Angka ini menempatkan hipertensi sebagai penyakit tertinggi keempat di provinsi NTT.

Kabupaten Ende kasus hipertensi pada tahun 2020 sebanyak 11. 137 kasus (20%), pada tahun 2021 kasusnya meningkat sebanyak 18. 824 kasus (34%) dan pada tahun 2022 kasusnya mengalami penurunan yakni 12. 624 kasus (23%), sedangkan pada tahun 2023 pada rentang waktu 4 bulan terakhir ini sudah mencapai 13. 455 kasus (24%) dan kembali mengalami peningkatan. (Dinkes Kabupaten Ende, 2023). Data penderita hipertensi di RSUD Ende tahun 2021 sebanyak 21 orang (19%), tahun 2022 sebanyak 57 orang (52%) dan pada tahun 2023 dari bulan Januari-Agustus sebanyak 32 (29%) penderita hipertensi.

Menurut Hidayati (2018) fenomena ini disebabkan oleh karena adanya perubahan gaya hidup masyarakat yang tidak sehat seperti merokok,

mengonsumsi makanan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas dan stress dapat beresiko mengalami hipertensi. (Hidayati, 2018).

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

Dampak hipertensi secara fisik dapat dilihat dengan adanya penyumbatan arteri coroner dan infrak, hipertrofi ventrikel kiri, gagal jantung, memicu gangguan serebrovaskuler dan arteriosclerosis coroner, serta menjadi penyebab utama kematian. Dampak secara psikologis pada penderita hipertensi diantaranya pasien mengatakan hidupnya tidak berarti akibat kelemahan dan proses penyakit hipertensi yang merupakan long life disease. (Prastika, Yuniar Dwi, 2021).

Perawat mempunyai tugas penting dalam bidang kesehatan keluarga, salah satunya adalah perawat memberikan edukasi/pendidikan bagi masyarakat. Perawat berperan dalam memberikan edukasi kepada masyarakat terkait peningkatan gaya hidup sehat seperti rajin melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, menghindari asap rokok, rajin melakukan aktivitas fisik, diet sehat dan seimbang serta mengelolah stress.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian hipertensi masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat hipertensi, dan kurangnya tingkat pengetahuan pasien terhadap penyakit hipertensi maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah yang terdapat dalam Karya Tulisan Ilmiah ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien Ny. W dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny. W dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

2. Tujuan Khusus

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

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Manfaat studi pada pasien Hipertensi adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Hipertensi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan

Pasien sehingga mampu melakukan pencegahan dan pengobatan secara mandiri.

b. Bagi Rumah Sakit

Studi kasus yang dilakukan mampu meningkatkan kualitas pelayanan secara khusus pada pasien hipertensi.

c. Bagi Institusi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam memahami asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Hipertensi.

E. Metode Studi Kasus

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapat informasi yang berhubungan dengan Hipertensi.

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen Pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan Hipertensi.

3. Layanan Internet

Penulis menggunakan layanan internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang terkait dengan Hipertensi

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana hiper yang artinya berlebihan, dan tensi yang artinya tekanan/tegangan. Jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal. (Musakkar & Djafar, 2021).

Hipertensi adalah suatu kondisi atau keadaan dimana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah diatas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian. Seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg. Tekanan darah naik apabila terjadinya peningkatan sistole, yang tingginya tergantung dari masing-masing individu yang terkena, dimana tekanan darah berfluaksi dalam batas-batas tertentu, tergantung posisi tubuh, umur, dan tingkat stress yang dialami.

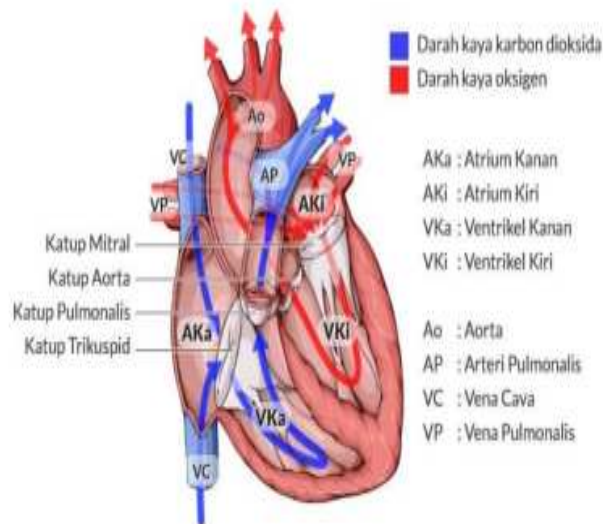
2. Patologi anatomi

Pembuluh darah arteri

3. Anatomi fisiologi

a. Anatomi jantung

1) Anatomi



Jantung adalah organ utama sistem kardiovaskuler, berotot dan berongga, terletak di rongga dada di mediastinum. Jantung berbentuk kerucut tumpul dan bagian bawah yang disebut apeks terletak lebih ke kiri dari garis tengah, tepi di ruang interkostal IV kiri sekitar 9 cm dari garis tengah kiri. Bagian atas yang disebut pangkal terletak agak ke kanan setinggi tulang rusuk ketiga sekitar 1 cm dari tepi lateral tulang dada. Panjangnya sekitar 12 cm, lebar 89 cm, dan tebalnya 6 cm. Berat jantung sekitar 200-425 gram, pada laki-laki sekitar 310 gram dan pada perempuan sekitar 225 gram (Aspiani, 2020).

Jantung adalah organ muscular yang tersusun atas dua atrium dan ventrikel. Jantung dikelilingi oleh kantung pericardium yang terdiri atas dua lapisan, yakni: lapisan viscelar (sisi dalam) dan lapisan perietalis (sisi luar).

Dinding jantung mempunyai tiga lapisan, yaitu:

- a) Epikardium, merupakan lapisan terluar, memiliki struktur yang sama dengan pericardium visceral.
- b) Miokardium, merupakan lapisan tengah yang terdiri atas otot yang berperan dalam menentukan kekuatan kontraksi.
- c) Endokardium, merupakan lapisan terdalam terdiri atas jaringan endotel yang melapisi bagian dalam jantung dan menutupi katup jantung.

Jantung mempunyai 4 katup, yaitu:

- a) Trikupidalis
- b) Mitralis (katup AV)
- c) Pulmonalis (katup semilunaris)
- d) Aorta (katup semilunaris)

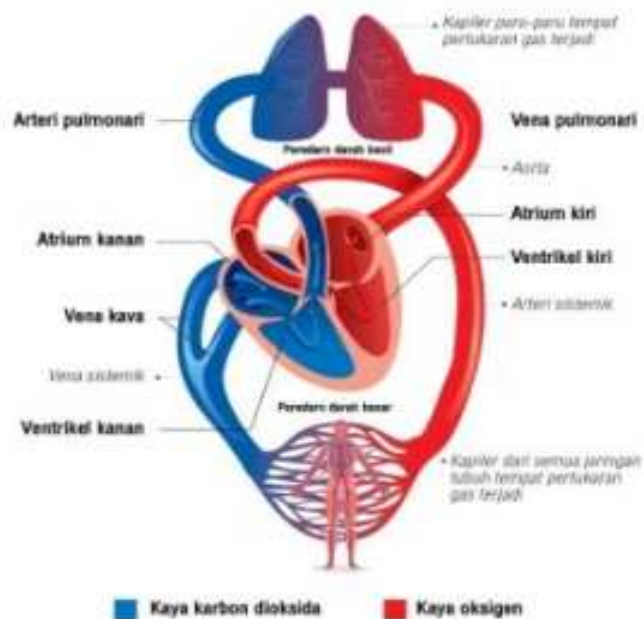
Jantung memiliki 4 ruang, yaitu atrium kanan, atrium kiri dan ventrikel kanan. Atrium terletak diatas ventrikel dan saling berdampingan. Atrium dan ventrikel dipisahkan oleh katup satu arah. Antara rongga kanan dan kiri dipisahkan oleh septum.

2) Fisiologi

Jantung memiliki fungsi sangat penting yaitu memompa darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh serta memastikan sel-sel mendapatkan suplai oksigen dan nutrisi yang cukup. Setiap hari, jantung orang dewasa berdetak sekitar 100.000 kali. Hal ini dilakukan untuk mendukung sirkulasi darah ke seluruh tubuh melalui jaringan kompleks pembuluh darah yang dikenal sebagai sistem peredaran darah. Jantung orang dewasa bisa mengalirkan 14.000 liter darah setiap harinya. Darah tersebut mengedarkan oksigen dan nutrisi penting ke setiap bagian tubuh. Selain itu, darah juga mengangkut karbondioksida dan limbah hasil metabolisme tubuh, untuk diangkut ke paru-paru dan dikeluarkan dari tubuh.

b. Anatomi Pembuluh darah

1) Anatomi



Setiap sel dalam tubuh secara langsung bergantung pada integritas dan fungsi sistem vaskular, karena darah dari jantung akan dikirim ke setiap sel di seluruh sistem. Fitur struktural dari setiap bagian dari sistem peredaran darah menentukan peran fisiologisnya dalam mengintegrasikan fungsi kardiovaskuler. Seluruh sistem peredaran darah (sistem kardiovaskuler) meliputi arteri, arteriol, kapiler, venula, dan vena.

- a) Arteri adalah pembuluh darah yang tersusun atas tiga lapisan (intima, media, adventisia) yang membawa darah yang mengandung oksigen dari jantung ke jaringan
- b) Arteriol adalah pembuluh darah dengan resistensi kecil yang mevaskularisasi kapiler
- c) Kapiler menghubungkan dengan arteriol menjadi venula (pembuluh darah yang lebih besar yang bertekanan lebih rendah dibandingkan dengan arteriol), dimana zat gizi dan sisa pembuangan mengalami pertukaran
- d) Venula bergabung dengan kapiler menjadi vena
- e) Vena adalah pembuluh yang berkapasitas besar, dan bertekanan rendah yang membalikkan darah yang tidak berisi oksigen ke jantung. (Aspiani, 2020).

2) Fisiologi

Pembuluh darah Arteri dan vena berfungsi untuk mengangkut darah dalam dua sirkuit yang berbeda: sirkuit sistemik dan sirkuit pulmonalis . Arteri sistemik menyediakan darah yang kaya oksigen ke jaringan tubuh. Darah yang dikembalikan ke jantung melalui vena sistemik mengandung lebih sedikit oksigen, karena sebagian besar oksigen yang dibawa oleh arteri telah dikirim ke sel-sel. Sebaliknya, di sirkuit pulmonalis, arteri membawa darah rendah oksigen secara eksklusif ke paru-paru untuk pertukaran gas. Vena pulmonalis kemudian mengembalikan darah yang baru mengandung oksigen dari paru-paru ke jantung untuk dipompa kembali ke sirkulasi sistemik.

4. Etiologi

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

a. Faktor resiko hipertensi yang tidak dapat diubah

1) Riwayat keluarga

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

2) Usia

Tekanan darah cenderung lebih tinggi seiring bertambahnya usia.

Hal ini disebabkan karena semakin bertambahnya usia, terutama usia lanjut, pembuluh darah akan secara alami menebal dan lebih kaku.

Perubahan ini dapat meningkatkan resiko hipertensi

3) Jenis kelamin

Laki-laki lebih banyak mengalami hipertensi di bawah usia 55 tahun, sedangkan pada wanita lebih sering terjadi saat usia di atas 55 tahun.

Setelah menopause, wanita yang tadinya memiliki tekanan darah normal bisa saja terkena hipertensi karena adanya perubahan hormonal tubuh.

b. Faktor resiko hipertensi yang dapat diubah

1) Pola makan tidak sehat

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

2) Kurangnya aktivitas fisik

Aktivitas fisik baik untuk kesehatan jantung dan pembuluh darah.

Kurangnya aktivitas fisik dapat menyebabkan bertambahnya berat badan yang meningkatkan resiko terjadinya tekanan darah tinggi.

3) Kegemukan

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

4) Konsumsi alkohol berlebih

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

5) Merokok

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

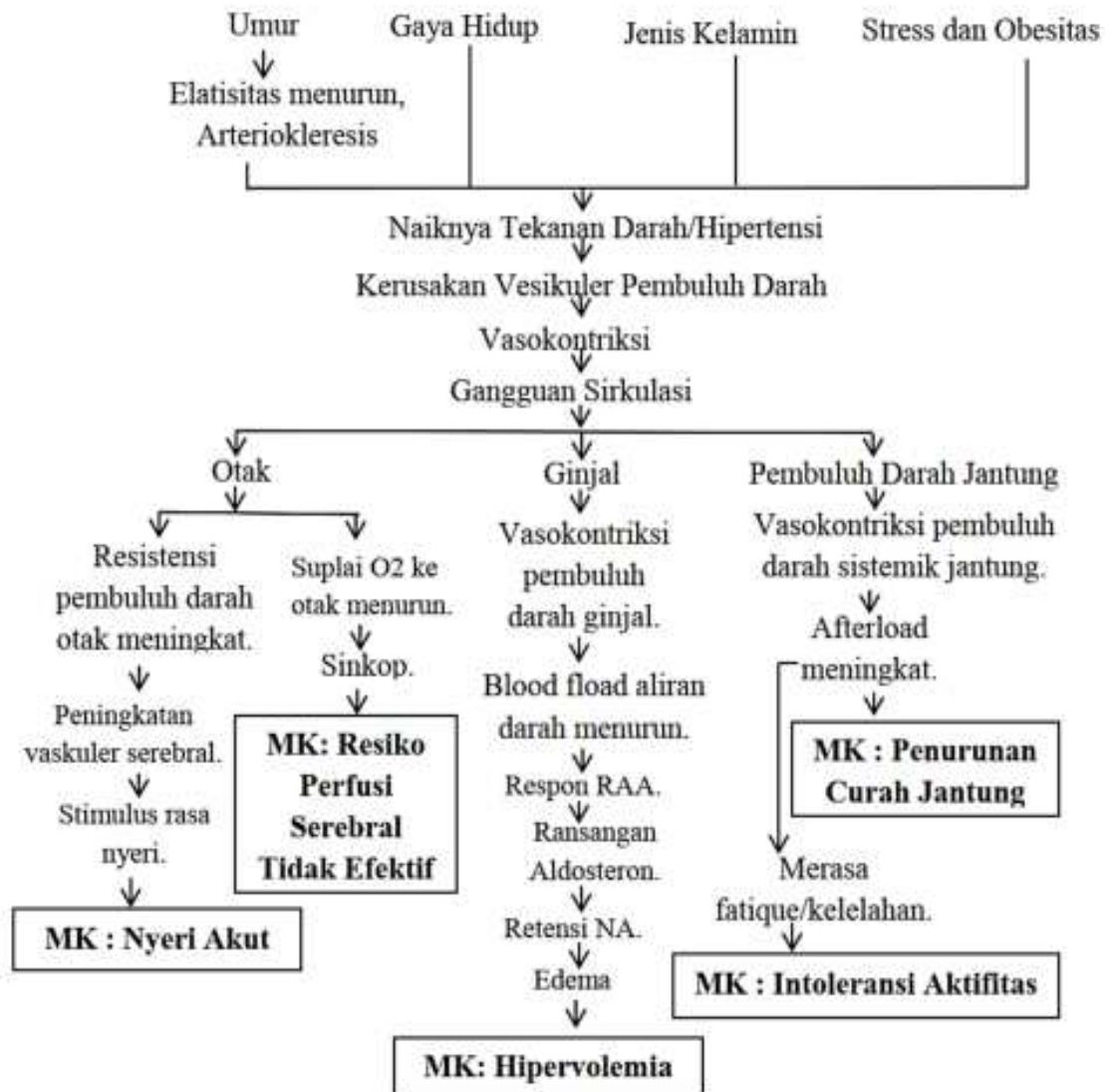
5. Patofisiologi

Beberapa faktor yang memicu hipertensi yaitu: usia, jenis kelamin, gaya hidup dan obesitas. Semakin tinggi usia maka akan semakin tinggi tekanan darah karena kurangnya elastisitas pembuluh darah dan di usia 40 tahun keatas 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 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.

6. Pathway



Gambar 2. 1: Pathway Hipertensi. (Sari, 2020)

7. Manifestasi klinis

Menurut (Sudrajat, 2017) manifestasi klinis hipertensi adalah sebagai berikut:

a. Sering sakit kepala bagian belakang

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

b. 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.

c. Nyeri dada

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

d. Sesak napas

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

e. Meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg.

f. Lemah dan lelah

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut:

- 1) Terapi oksigen
- 2) Pemantauan hemodinamik adalah pemantauan untuk menilai fungsi jantung dan menentukan efektivitas terapi obat. Metode pemantauan hemodinamik meliputi pemantauan darah arteri, pemantauan tekanan darah, pemantauan tekanan arteri pulmonal (PAP), pemantauan curah jantung dan kateterisasi jantung.
- 3) Pemantauan jantung
- 4) Obat-obatan:
 - a) Diuretik: mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya.
 - b) Penghambat enzim pengubah angiotensin I atau inhibitor ACE(Angiotensin converting Enzyme) yang adalah obat yang digunakan untuk mengobati dan menangani hipertensi, yang merupakan faktor resiko signifikan terhadap penyakit jantung coroner, gagal jantung, stroke dan sejumlah kondisi kardiovaskular lainnya, yang berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II , kondisi ini menurunkan darah secara langsung, dengan menurunkan

TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urin kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradykinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim.

- c) Antagonis (penyekat) reseptor beta (B-blocker, terutama penyekat selektif, bekerja di reseptor beta di jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- d) Antagonis reseptor alfa (a-blocker) menghambat reseptor alfa di otot vascular yang secara normal berespons terhadap rangsangan simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- e) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan menurunkan TPR, misalnya natrium, nitroprusida, noikardipin, hidralazin, nitrogliserin, dll.

b. Penatalaksanaan keperawatan

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

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat dan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan dapat

memperbaiki keadaan hipertrofi ventrikel kiri, beberapa diet yang dianjurkan:

- a) Rendah garam, karena garam itu sifatnya mengikat cairan yang masuk di dalam pembuluh darah, Konsumsi garam berlebih Akan meningkatkan jumlah natrium dalam sel dan mengganggu keseimbangan cairan. Masuknya cairan ke dalam sel akan mengecilkan diameter pembuluh darah arteri sehingga jantung harus memompa darah lebih kuat yang berakibat meningkatnya tekanan darah. Peningkatan tekanan darah berpengaruh pada peningkatan kerja jantung. Diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi. Jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam perhari.
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium secara intravena dapat menyebabkan vasodilatasi (pelebaran pembuluh darah), yang dipercaya dimediasi oleh oksidanitrat pada dinding vaskular.
- c) Diet kaya buah dan sayur
- d) Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung Koroner.

2) Penurunan berat badan.

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

3) Olahraga

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

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.

9. Pemeriksaan diagnostik

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

- a. Hemoglobin/hematokrit : untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemi.
- b. Blood urea nitrogen (BUN)/kreatinin: untuk memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal
- c. Glukosa : untuk mengkaji adanya hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.
- d. Urinalisa : untuk mengkaji tekanan darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes mellitus.
- e. EKG : untuk menunjukkan pola regangan, dimana luas dan peninggian gelombang p adalah salah satu tanda dini jantung hipertensi.
- f. Foto thoraks : untuk mengkaji adanya pembesaran jantung.

10. Komplikasi

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

a. Stroke

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

b. Infark miokard

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

c. Gagal ginjal

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

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

d. Ensefalopati (kerusakan otak)

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

e. Retinopati

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

11. Pencegahan

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

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok teh per hari).

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

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Definisi

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2. Kriteria Masalah

Dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu : kriteria mayor dan minor.

- a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa.
- b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Faktor Yang Berhubungan

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Masalah Keperawatan Pada Hipertensi

Berikut ini adalah uraian dari masalah keperawatan yang muncul pada pasien hipertensi berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017) :

a. Penurunan Curah Jantung

Definisi :

Ketidakadekuatan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

Penyebab :

- 1) Perubahan irama jantung
- 2) Perubahan frekuensi jantung
- 3) Perubahan kontraktilitas
- 4) Perubahan afterload

Gejala dan Tanda Mayor :

a) Subjektif :

- 1) Perubahan irama jantung (palpitasi)
- 2) Perubahan afterload (dispnea)
- 3) Perubahan kontraktilitas (*paroxysmal nocturnal dyspnea* (PND), ortopnea, batuk.

b) Objektif :

- 1) Perubahan irama jantung (bradikardia/takikardia, gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi).
- 2) Perubahan afterload (tekanan darah meningkat/menurun, nadi perifer teraba lemah, *capillary refill time* > 3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan/atau sianosis).
- 3) Perubahan kontraktilitas (terdengar suara jantung S3 dan/atau S4, *ejection fraction* (EF) menurun).

Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif :

- 1) Perubahan afterload (tidak tersedia)
- 2) Perubahan kontraktilitas (tidak tersedia)
- 3) Perilaku/emosional (cemas dan gelisah)

b) Objektif :

- 1) Perubahan afterload (murmur jantung, berat badan bertambah)
- 2) Perubahan kontraktilitas (cardiac index (CI) menurun)
- 3) Perilaku/emosional (tidak tersedia)

b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif

Definisi :

Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor Risiko :

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1) Keabnormalan masa protrombin | 7) Aneurisma serebri. |
| dan/atau masa tromboplastin | 8) Dilatasi kardiomiopati |
| persial. | 9) Embolisme |

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| 2) Penurunan kinerja ventrikel kiri. | 10) Hipertensi |
| 3) Asteriosklerosis aorta. | 11) Neoplasma otak |
| 4) Diseksi arteri. | 12) Infark miokard akut |
| 5) Fibrilasi atrium. | 13) Penyalahgunaan zat |
| 6) Tumor otak. | 14) Terapi trombolitik |
| | 15) Koagulopati |

c. Nyeri Akut

Definisi :

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif :

- 1) Mengeluh nyeri

b) Objektif :

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif :
 - 1) Tekanan darah meningkat
 - 2) Pola napas berubah
 - 3) Nafsu makan berubah
 - 4) Proses berpikir terganggu, berfokus pada diri sendiri.

d. Hipervolemia

Definisi :

Peningkatan volume cairan intravaskular, interstisial, dan/atau intraselular.

Penyebab :

- 1) Gangguan mekanisme regulasi
- 2) Kelebihan asupan cairan dan kelebihan asupan natrium
- 3) Gangguan aliran balik vena

Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif :
 - 1) Ortopnea
 - 2) Dispnea
- b) Objektif :
 - 1) Edema anasarka dan/atau edema perifer
 - 2) Berat badan meningkat dalam waktu singkat
 - 3) Refleks hepatojugular positif

Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif :
 - 1) Distensi vena jugularis, terdengar suara napas tambahan, hepatomegali
 - 2) Kadar Hb/Ht turun, oliguria, kongesti paru.

e. Intoleransi Aktifitas

Definisi :

Ketidalcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab :

- 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton

Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : mengeluh lelah
- b) Objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif :
 - 1) Dispnea saat/setelah aktivitas
 - 2) Merasa tidak nyaman saat setelah beraktivitas
 - 3) Merasa lemah
- b) Objektif :
 - 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
 - 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
 - 3) Sianosis

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan syarat utama untuk mengidentifikasi masalah. Pengkajian keperawatan bersifat dinamis, interaktif dan fleksibel. Data dikumpulkan secara sistematis dan terus-menerus dengan menggunakan alat pengkajian. Pengkajian keperawatan dapat menggunakan metode observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. (Maglaya dalam Rismini 2017).

a. Pengumpulan Data

Data spesifik yang dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

1) Identitas

- a) Usia : usia >30 tahun ke atas berpotensi lebih besar terkena hipertensi.
- b) Jenis Kelamin : Laki-laki lebih berpotensi mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita, dikarenakan beban kerja dan gaya hidup yang lebih sering mengonsumsi alkohol serta merokok.
- c) Tempat tinggal / alamat : wilayah yang paling beresiko ialah daerah pesisir pantai karena memiliki gaya hidup mengonsumsi natrium serta ikan dan hewan laut yang memiliki kadar kolesterol yang lebih tinggi.
- d) Pekerjaan : Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan akan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan hipertensi.

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

2) Riwayat kesehatan

- a) Riwayat penyakit sekarang : pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh sering Sakit kepala bagian belakang, rasa berat di tengkuk, mual dan muntah, nyeri dada, sesak napas, lemah, lelah dan pusing.
- b) Riwayat penyakit dahulu : Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering merasa kelelahan dan nyeri pada bagian tengkuk.
- c) Riwayat penyakit keluarga : ada riwayat keluarga yang terkena hipertensi.

3) Pengkajian perpola

Menurut Marilyn E. Doengoes, Mary Frances Moorhouse & Alice C. Geissler, 1999.

- a) Pola Aktifitas/Istirahat

Gejala : kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda : frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama jantung, takipnea.

b). Pola Sirkulasi

Gejala : Riwayat hipertensi, aterosklerosis (penumpukan lemak pada dinding arteri), penyakit jantung koroner/katup dan penyakit serebrovaskular, episode palpitasi (detak jantung ≥ 100 x/menit).

Tanda : peningkatan Tekanan Darah (pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegakkan diagnosis), nadi teraba lemah (denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis seperti denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis atau brakialis), frekuensi/irama jantung meningkat (takikardia), ekstremitas (perubahan warna kulit, suhu dingin/vasokonstriksi perifer).

c). Pola Neurosensori

Gejala : Keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), kelemahan pada satu sisi tubuh.

Tanda : status mental (perubahan pola bicara, proses berpikir, afek, memori/ingatan), respons motorik (penurunan kekuatan genggam tangan).

d). Pola Nyeri/Ketidaknyamanan

Gejala : angina (penyakit arteri coroner/keterlibatan jantung), nyeri hilang timbul pada tungkai/klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteri ekstremitas bawah), sakit kepala oksipital berat.

e). Pola Pernapasan

Gejala : Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, batuk dengan/tanpa pembentukan sputum, riwayat merokok.

Tanda : Distres respirasi/penggunaan otot aksesori pernapasan.

f). Pola Eliminasi

Gejala : gangguan ginjal saat ini atau yang sudah lalu (seperti : infeksi/obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu).

g). Pola Nutrisi/Cairan

Gejala : makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan yang tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti : makanan yang digoreng, keju, telur), gula-gula yang berwarna hitam, kandungan tinggi kalori, mual dan muntah, perubahan berat badan (meningkat/menurun).

Tanda : berat badan normal atau obesitas, adanya edema, kongesti vena, glikosuria (hampir 10% pasien hipertensi adalah diabetik).

4) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan- kelainan dari suatu sistem atau suatu organ bagian tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi).

a) Keadaan Umum

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

b) Pemeriksaan Tekanan Darah

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

c) Pemeriksaan Nadi

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

d) Pemeriksaan Vena Jugularis

Perkiraan fungsi jantung kanan dapat dibuat dengan mengamati denyutan vena jugularis di leher. Ini merupakan cara memperkirakan tekanan vena sentral, yang mencerminkan tekanan akhir diastolik atrium kanan atau ventrikel kanan (tekanan sesaat sebelum kontraksi ventrikel kanan). Vena jugularis diinspeksi untuk mengukur tekanan vena yang dipengaruhi oleh volume darah, kapasitas atrium kanan untuk menerima darah dan mengirimkannya ke ventrikel kanan, dan kemampuan ventrikel kanan untuk berkontraksi dan mendorong darah ke arteri pulmoner.

e) Pemeriksaan Jantung

1) Inspeksi

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

2) Palpasi

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

3) Perkusi

Kegunaan perkusi adalah menentukan batas-batas jantung.

4) Auskultasi

Pemeriksaan auskultasi jantung meliputi pemeriksaan bunyi jantung, bising jantung.

f) Pemeriksaan Paru-paru

1. Inspeksi

Tampak penggunaan otot bantu pernapasan

2. Auskultasi

Terdengar bunyi napas tambahan.

g) Ekstermitas

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

b. Tabulasi data

Sering sakit kepala bagian belakang, , mual dan muntah, nyeri dada, sesak napas (dyspnea), Kelemahan, letih, tekanan darah meningkat, frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama

jantung, takipnea, nadi teraba lemah, ekstermitas (perubahan warna kulit pucat atau sianosis), akral teraba dingin, suhu dingin/vasokonstriksi perifer, keluhan pening/pusing, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang setelah spontan setelah beberapa jam), nyeri atau sakit kepala oksipital berat, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja, takipnea, ortopnea, distress respirasi (penggunaan otot aksesori pernapasan), perubahan berat badan (meningkat atau menurun), adanya edema, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), turgor kulit menurun, oliguria (produksi urin sedikit), keringat.

c. Klasifikasi Data

- 1) Data Subjektif : sering sakit kepala bagian belakang, mual dan muntah, nyeri dada, sesak napas (dyspnea), kelemahan, letih, keluhan pening/pusing, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang setelah spontan setelah beberapa jam), nyeri atau sakit kepala oksipital berat, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja.
- 2) Data Objektif : tekanan darah meningkat, frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama jantung, takipnea, nadi teraba lemah, ekstermitas (perubahan warna kulit pucat atau sianosis, akral teraba dingin, suhu dingin/vasokonstriksi perifer, takipnea, ortopnea, distress respirasi (penggunaan otot aksesori pernapasan), perubahan berat badan (meningkat atau menurun), adanya edema,

pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), turgor kulit menurun, oliguria (produksi urin sedikit), keringat.

d. Analisa Data

Tabel 2. 1. Tabel Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Data Subjektif : kelemahan, letih, sesak napas (dyspnea). Data Objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), perubahan warna kulit pucat atau sianosis.	Peningkatan Afterload	Penurunan Curah Jantung
Data Subjektif : Pusing Data Objektif : nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, perubahan warna kulit pucat, turgor kulit menurun.	Peningkatan Tekanan Darah	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
Data Subjektif : sering sakit atau nyeri pada kepala bagian belakang , sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), pening/pusing berdenyut Data Objektif : tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, takipnea, ortopnea	Peningkatan tekanan vaskular serebral dan iskemia	Nyeri Akut
Data Subjektif : mengeluh lelah, merasa lelah, letih, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja Data Objektif : frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama jantung, sianosis.	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktifitas
Data Subjektif : ortopnea, dispnea, mual dan muntah. Data Objektif : pucat, oliguria (produksi urin sedikit), keringat.	Kelebihan Asupan natrium	Hipervolemia

Prioritas Masalah

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload.
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
- c. Nyeri akut berhubungan Peningkatan tekanan vaskular serebral dan iskemia
- d. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan Asupan natrium
- e. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload dibuktikan dengan :

Data Subjektif : kelemahan, letih, sesak napas (dyspnea).

Data Objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), perubahan warna kulit pucat atau sianosis.

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah dibuktikan dengan :

Data Subjektif : Pusing

Data Objektif : Nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, perubahan warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

c. Nyeri akut berhubungan dengan Peningkatan tekanan vaskular serebral dan iskemia dibuktikan dengan :

Data Subjektif : sering sakit atau nyeri pada kepala bagian belakang , sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), pening/pusing berdenyut

Data Objektif : tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, takipnea, ortopnea

d. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan natrium dibuktikan dengan :

Data Subjektif : ortopnea, dispnea, mual dan muntah.

Data Objektif : pucat, oliguria (produksi urin sedikit), keringat.

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan :

Data Subjektif : mengeluh lelah, merasa lelah, letih, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

Data Objektif : frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama jantung, sianosis.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang direncanakan pada pasien dengan hipertensi sebagai berikut :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload ditandai dengan:

Data Subjektif : kelemahan, letih, sesak napas (dyspnea).

Data Objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, pengisian kapiler lambat (CRT>3 detik), perubahan warna kulit pucat atau sianosis.

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 labolatorium

Rasional : Nilai labolatorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostik

2) Terapeutik

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

Rasional : Posisi dapat mempengaruhi sirkulaasi pasien. Posisisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

b) Berikan terapi relaksasi

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

3) Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

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

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

- b. Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data Subjektif : Pusing

Data Objektif : Nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, perubahan warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Tujuan: Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama, 3 x 24 jam di harapkan 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 Peningkatan Tekanan Vaskular Serebral dan iskemia ditandai dengan:

Data Subjektif : Sering sakit atau nyeri pada kepala bagian belakang, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), pening/pusing berdenyut.

Data Objektif : Tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, takipnea, ortopnea.

Tujuan : Setelah di lakukan 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 Manajemen 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 kelebihan asupan natrium ditandai dengan:

Data Subjektif : Ortopnea, dispnea, mual dan muntah.

Data Objektif : Pucat, oliguria (produksi urin sedikit), keringat.

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 hipervolemia (mis, ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat).

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

- b) Identifikasi penyebab hipervolemia

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

- c) Monitor input dan output cairan

Rasional: Memastikan intake dan output cairan yang masuk

2) Terapeutik

- 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 ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan:

Data Subjektif : mengeluh lelah, merasa lelah, letih, dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja

Data Objektif : frekuensi jantung meningkat (takikardia), perubahan irama jantung, sianosis.

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

Rasional: 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 (mis. 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

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Safitri R, 2019). Tujuan dari pelaksanaan atau implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan manifestasi coping. Melaksanakan hasil dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, untuk mempertahankan daya tahan tubuh, untuk mencegah komplikasi untuk menentukan perubahan untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien dan untuk mengimplementasikan pesan dokter (Safitri R, 2019).

5. Evaluasi

Dalam proses keperawatan evaluasi keperawatan menjadi bagian akhir yang memberikan evaluasi sejauh mana keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan.

Evaluasi keperawatan juga digunakan untuk penelitian seberapa pengaruh/efektifnya perawatan yang diberikan dan menjadi media komunikasi. Informasi keadaan pasien untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan implementasi keperawatan apakah kemungkinan untuk melakukan perubahan perawatan yang disesuaikan dengan keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi. (Koten Bota H. Elisabet et al, 2021).

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien Ny. W dengan diagnose medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah Hipertensi dengan kasus yang di kelola secara rinci. Subyek yang akan diteliti berjumlah satu orang yakni Ny. W dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3. Definisi operasional

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

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende mulai tanggal 12, 13 sampai dengan 14 Agustus 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruang RPD III, kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan infom consent dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dilakukan pada tanggal 12, 13, dan 14 Agustus 2024 pada Ny. W dan keluarganya berkaitan dengan pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, keluhan utama riwayat keluhan utama, status kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi stress- koping, pola nilai- kepercayaan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara melihat keadaan umum pasien. Pemeriksaan fisik pada pasien dilakukan dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensimeter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat rekam medis pasien yakni : hasil pemeriksaan laboratorium seperti : pemeriksaan faal hati, faal ginjal, elektrolit, dan glukosa darah.

G. Instrument Pengumpulan Data

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

H. Keabsahan Data

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

1. Data primer

Sumber data yang di peroleh langsung dari Ny. W baik melalui wawancara, observasi maupun pemeriksaan fisik.

2. Data sekunder

Sumber data yang di peroleh dari keluarga pasien, perawat di ruangan, serta studi dokumentasi.

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Samratulangi. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah utara berbatasan dengan: pemukiman penduduk, sebelah barat berbatasan dengan : kali/sungai kering, sebelah selatan berbatasan dengan Jln. Prof.Dr. W.Z. Yohanes RSUD Ende ini terdiri dari beberapa ruangan perawatan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan penyakit dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 19, yang terdiri dari ruangan A berjumlah 7 bed, ruangan B berjumlah 7 bed dan ruangan C berjumlah 5 bed dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan .

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Unit Penunjang medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat jalan

terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, Ruang rawat kandungan dan kebidanan, Ruang perawatan anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat Intensif Care (ICU), Ruang rawat pavilion dan Ruang perawatan Khusus.

Unit penunjang medis yang terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisio terapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

a. Pengumpulan data

1) Identitas

a) Identitas pasien

Pasien berinisial Ny. W berumur 63 tahun, beragama Islam, pekerjaan Ibu rumah tangga, pendidikan SD, beralamat di Tetandara, dengan Diagnosa Hipertensi Urgency.

b) Identitas penanggung jawab

Klien berinisial Ny. M, berumur 42 tahun, beragama islam, pekerjaan wiraswasta, pendidikan terakhir SMA, hubungan dengan pasien yaitu anak kandung.

2) Status Kesehatan

1) Status Kesehatan saat ini

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit.

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan pada hari jumat tanggal 09 agustus 2024 pada jam 22:00 pasien merasa pusing, lehernya terasa tegang, nyeri pada kepala dan pasien muntah satu kali sehingga keluarga langsung mengantar pasien ke RSUD Ende ruang IGD. Pasien dirawat di ruang IGD selama 6 jam. Dan pada hari sabtu, 10 agustus 2024 jam 05:00 pagi pasien dipindahkan ke ruangan penyakit dalam III untuk diberikan perawatan lanjutan.

c) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan sejak dua hari terakhir sebelum pasien di rawat di rumah sakit, pasien mengatakan kepalanya sakit, pusing dan lehernya terasa tegang dan pada hari jumat, 09 agustus 2024 pasien merasa pusing dan sakit kepalanya semakin bertambah sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit.

d) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan selama masih dirumah tidak ada upaya apapun yang dilakukan untuk mengatasi sakitnya pasien hanya di baringkan di tempat tidur.

2) Status kesehatan Masa lalu

b) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan penyakit yang pernah dialami yaitu penyakit lambung dan darah tinggi.

c) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di rumah sakit umum daerah Ende karena penyakit lambung dan darah tinggi.

d) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak ada alergi terhadap makanan, minuman ataupun terhadap obat-obatan.

e) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol/dll)

Pasien mengatakan dirinya tidak ada kebiasaan seperti minum kopi, alkohol, ataupun merokok, tetapi pasien mempunyai kebiasaan minum teh di pagi hari, makan ubi rebus dan ikan asin.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama sepertinya.

4) Diagnosa Medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan ketika dirinya dirawat di rumah sakit sebelumnya dirinya di diagnosa Tekanan darah tinggi dan lambung , pasien juga mengatakan diberikan obat captopril biasanya di minum pada malam hari dan dokter menganjurkan untuk minum seumur hidup, tetapi pasien tidak rutin untuk minum obat, pasien minum ketika pasien mengalami sakit kepala atau ketika tensinya naik.

3) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Kultur-Spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit pasien dan keluarga selalu memeriksa ke fasilitas kesehatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk pauk dan menghabiskan satu porsi makanan, biasanya pasien suka makanan yang berminyak (santan) dan menggunakan penyedap rasa seperti masako atau makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi , setiap hari pasien selalu makan ubi rebus dan ikan asin . Minum biasanya pasien minum 7 gelas air.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan ketika mau makan dirinya merasa mual,

makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan yaitu bubur, sayur dan lauk yang disediakan dari rumah sakit tetapi kadang 1 porsi tidak dihabiskan . Minum pasien minum \pm 6 gelas dalam sehari.

c. Pola Eliminasi

Eliminasi:

1) Sebelum sakit :

- BAB

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari biasanya pada pagi hari, konsistensi padat warna kuning bau khas feses.

- BAK

pasien mengatakan biasanya BAK \pm 6 kali sehari warna kuning jernih, bau khas urine.

2) Saat Sakit:

- BAB

Pasien mengatakan Selama dirawat di rumah sakit pasien BAB 1 kali dalam sehari, tidak ada keluhan, warna kuning konsistensi padat, warna kuning bau khas feses dan BAB menggunakan pispot.

- BAK

Pasien mengatakan BAK \pm 6 kali sehari, warna kuning jernih bau khas urine dan BAK menggunakan pempers.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) 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:tergantungan total

2) Latihan

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya melaksanakan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga yaitu seperti memasak, mencuci, menyapu, dan semua pekerjaannya dilakukan sendiri tidak di bantu oleh orang lain.
- Saat sakit: Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat. Faktor penyebabnya karena nyeri pada kepala, tangan kanannya sulit untuk digerakkan, selain itu juga terhambat karena pada tangan kanan terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien nampak mengenali anaknya, keluarga, dan perawat yang datang ke ruangan, penglihatan pasien mengatakan sedikit buram, penciuman, pendengaran, perabaan dan perasa pasien

mengatakan baik tidak ada gangguan.

f. Pola persepsi-konsep diri

Pasien mengatakan dirinya seorang janda dan bekerja sebagai ibu rumah tangga yang punya tanggung jawab mengurus anak-anaknya.

g. Pola tidur dan istirahat

- Sebelum Sakit:Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur 7-8 jam, malam tidurnya dari jam 21:00-05:30,pasien tidur dengan nyenyak, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu menonton TV dan saat siang hari pasien tidur 1 jam yaitu dari jam 14:00-15:00.

- Saat Sakit :Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja.

h. Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan perannya sebagai seorang ibu dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, hubungannya dengan keluarga dan orang-orang di sekitarnya baik.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah dirinya selalu bercerita kepada anak-anaknya dan biasanya pasien sholat.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien menganut agama Islam

k. Pola Neurosensorik

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba ataupun sakit kepala tiba-tiba saat bangun tidur.
- Saat sakit: Pasien mengatakan leher terasa tegang dan pasien mengatakan nyeri/sakit kepala.

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS: ~~15~~ Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda Vital

TD : 190/90 mmHg

S : 36,7° C

N : 83 x/menit

SPO² : 99 %

RR : 22 x/menit

c. Head To Toe (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1) Kepala

Inspeksi: bentuk simetris, kepala tampak bersih

Palpasi :tidak ada benjolan ataupun luka

2) Rambut

Inspeksi: rambut tampak bersih, kering dan beruban

3) Wajah

Inspeksi: bentuk wajah simetris, pasien tampak meringis

4) Mata

Inspeksi: konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata panda

5) Hidung

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada sekret

Palpasi: tidak ada benjolan

6) Mulut

Inspeksi: mukosa bibir kering dan pucat

7) Gigi

Inspeksi: gigi tampak bersih, ada gigi berlubang

8) Telinga

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran

9) Leher

Inspeksi: leher tampak bersih

Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

10) Dada

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 22x/menit

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: tidak ada bunyi napas tambahan (bunyi napas vesikuler)

11) Abdomen

inspeksi: bentuk simetris

palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

perkusi: terdapat bunyi tympani

auskultasi: bising usus 30 x/menit.

12) Ekstremitas

- Ekstremitas Atas

Inspeksi: CRT < 3 detik, tangan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstremitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang). Kekuatan otot tangan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

- Ekstremitas Bawah

Inspeksi: tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri bisa digerakkan, tidak ada kelainan, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 5 (mampu melawan

gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

d. Keluhan Nyeri

P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak

Q :pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut.

R: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar.

S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10).

T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit.

5) Pemeriksaan Diagnostik

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tanggal: 09 Agustus 2024

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	11.9	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 / 10.0
LYM	1.0	$10^3/\mu\text{L}$	0.8 / 4.0
MID	0.6	$10^3/\mu\text{L}$	0.1 / 1.5
GRA	10.2	$10^3/\mu\text{L}$	2.0 / 7.0
LYM%	8.7	%	20.0 / 40.0
MID%	5.4	%	3.0 / 15.0
GRA%	85.9	%	50.0 / 70.0
RBC	3.70	$10^6/\mu\text{L}$	4.00 / 5.00
HGB	11.3	g/dl	14.0 / 16.0
HCT	35.9	%	40.0 / 54.0
MCV	97.1	fl	80.0 / 100.0
MCH	30.5	Pg	27.0 / 34.0
MCHC	31.5	g/dL	32.0 / 36.0
RDW	12.5	%	11.0 /16.0
PLT	233	$10^3/\mu\text{L}$	150 /400
MPV	8.1	fl	6.5 /12.0

b) Pemeriksaan Glukosa darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
GLUKOSA SEWAKTU	100	mg/dL	70 - 140

c) Pemeriksaan faal hati

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
SGOT/AST	22.5	U/L	0 - 35
SGPT/ALT	20.3	U/L	4 - 36
ALBUMIN	3.57	g/Dl	3.4 - 4.8

d) Pemeriksaan faal ginjal

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
UREUM	65.8	mg/dL	10 - 50
CREATININ	1.77	mg/dL	0.6 - 1.2

e) Pemeriksaan Elektrolit

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
NATRIUM	140.1	mmol/L	135 - 145
KALIUM	4.33	mmol/L	3.5 - 5.1
CHLORIDA	114.0	mmol/L	98 - 106

Penatalaksanaan/pengobatan

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi
Captopril	3 x 25 mg	Oral	Untuk menangani hipertensi esensial maupun hipertensi sekunder	Pemakaian captopril adalah adanya riwayat hipersensitivitas dengan obat ini.
Amlodipine	1 x 10 mg	Oral	Obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi.	penggunaan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini.
Omeprazole	2 x 1 mg	IV	Digunakan pada berbagai kondisi medis yang berhubungan dengan peningkatan asam lambung.	Pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap omeprazole dan obat golongan penghambat pompa proton lain.
Paracetamol	3 x 1 gr	IV	untuk meredakan gejala nyeri	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat.
Ondansetron	3 x 1 mg	IV	Obat untuk mencegah mual dan muntah	Riwayat hipersensitivitas terhadap obat dan penggunaannya bersama obat apomorhin dan

				dronedarone
Mecobalamin	2 x 500 mg	IV	Untuk suplementasi vitamin B12	Pasien yang mempunyai riwayat reaksi alergi terhadap vitamin B12
Citicolin	2 x 500 mg	IV	Obat untuk mengatasi gangguan serebrovaskular, trauma kepala.	Hipertonia sistem parasimpatik dan hipersensitivitas terhadap citicolin
Ceftriaxone	2 x 1 gr	IV	Obat untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri.	Pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin.

b. Tabulasi data

Pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat, selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja, pasien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit. Keadaan Umum: pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal =

5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² : 99 %, RR:22 x/menit,CRT: ≤ 3 detik, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, nampak tidak bersemangat, sering menguap, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan.Hasil Lab: WBC = 11.9 10³/μL, GRA =10.2 10³/μL, LYM % =8.7%, RBC =3.70 10⁶/μL, MCHC =31.5 g/dL, UREUM = 65.8 mg/dL, CREATININ =1.77 mg/dL, CHLORIDA =114.0 mmol/L.

c. Klasifikasi data

Berdasarkan hasil tabulasi, maka data kemudian diklasifikasikan kedalam 2 bagian yaitu :

Data subjektif: Pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat, selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja, pasien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti

berdenyut-denyut, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit.

Data objektif: Keadaan Umum: pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² : 99%, RR:22 x/menit,CRT: ≤ 3 detik, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, nampak tidak bersemangat, sering menguap, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan. Hasil Lab: WBC = 11.9 10³/μL, GRA =10.2 10³/μL, LYM % =8.7%, RBC =3.70 10⁶/μL, MCHC =31.5 g/dL, UREUM = 65.8 mg/dL, CREATININ =1.77 mg/dL, CHLORIDA =114.0 mmol/L.

d. Analisa data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
<p>DS : pasien mengatakan pusing, leher terasa tegang dan sakit kepala. DO: keadaan umum:lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² : 99 %, RR:22 x/menit,CRT: ≤ 3 detik, terpasang infus NAACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.</p>	<p>Peningkatan Tekanan Darah</p>	<p>Resiko Perfusi serebral Tidak Efektif</p>
<p>DS:pasien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala. . P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit. DO:Pasien tampak meringis, keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :99 %, RR:22 x/menit, terpasang infus NAACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan. Hasil Lab: WBC = 11.9 10³/μL, GRA =10.2 10³/μL, LYM % =8.7%, RBC =3.70 10⁶/μL, MCHC =31.5 g/DL, UREUM = 65.8 mg/dL, CREATININ =1.77 mg/dL, CHLORIDA =114.0 mmol/L.</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskular serebral dan iskemia</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>DS :Selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja. DO : Keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15</p>	<p>Hambatan lingkungan</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>

Sign/symptom	Etiologi	Problem
(Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), mata panda, sering menguap, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit, terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.		
DS :Pasien mengatakan mual DO :Pasien tampak pucat, keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital : TD: 190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit, terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.	Distensi lambung	Nausea
DS : Pasien mengatakan badannya lemah, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat DO :pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital : TD: 190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

Prioritas Masalah

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.

- d. Nausea berhubungan dengan distensi lambung.
- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Diagnosa keperawatan

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data Subjektif : pasien mengatakan leher terasa tegang dan sakit kepala.

Data Objektif: Keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² : 99%, RR:22 x/menit, CRT: ≤ 3 detik, terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

- b. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia ditandai dengan:

Data Subjektif : pasien mengatakan kadang-kadang nyeri/sakit kepala. . P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R :pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit.

Data Objektif :Pasien tampak meringis, keadaan umum:lemah
Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4,
Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital:
TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :
99%, RR:22 x/menit, terpasang infus NACL 0,9% 20
tpm di tangan kanan. Hasil Lab: WBC = 11.9
10³/μL, GRA =10.2 10³/μL, LYM % =8.7%, RBC
=3.70 10⁶/μL, MCHC =31.5 g/dL, UREUM = 65.8
mg/dL, CREATININ =1.77 mg/dL, CHLORIDA
=114.0 mmol/L.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan:

Data Subjektif : Selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja.

Data Objektif : keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), mata panda, sering menguap, konjungtiva pucat, tampak lemah, mukosa bibir kering, Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg,

S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :99 %, RR:22x/menit,
terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

- d. Nausea berhubungan dengan distensi lambung ditandai dengan:

Data Subjektif :pasien mengatakan mual

Data Objektif :Pasien tampak pucat, keadaan umum:lemah Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital : TD: 190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :99 %, RR:22 x/menit, terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

- e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan:

Data Subjektif : Pasien mengatakan badannya lemah, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat.

Data Objektif :Pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital : TD: 190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :99 %, RR:22 x/menit, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan.

4. Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun (5) 2) Tekanan darah sistolik membaik (5). 3) Tekanan darah diastolik membaik (5).	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. Observasi 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). 2) Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>). Terapeutik 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 4) Berikan posisi semi fowler. Kolaborasi 5) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis	1) memonitoring tekanan intrakranial dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab peningkatan intrakranial 2) Dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler. 3) lingkungan yang tenang dapat mengurangi tingkat stress pasien 4) posisi semi fowler pasien dapat melakukan proses ekspirasi dan respirasi dengan mudah 5) Mempercepat penyembuhan pasien
Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri kepala	Manajemen Nyeri Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya

	<p>menurun (5). 2) Meringis menurun (5).</p>	<p>2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik 4) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. teknik relaksasi napas dalam) 5) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. kebisingan) 6) Fasilitasi istirahat dan tidur. Kolaborasi 7) Kolaborasi pemberian analgetik.</p>	<p>2. Dengan mengetahui skala nyeri pada pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien 3. Dengan mengidentifikasi faktor penyebab nyeri perawat dapat mengetahui apa yang menjadi faktor pencetus terjadinya nyeri dan cara mengatasinya 4. pemberian teknik nonfarmakologi dapat mengurangi rasa nyeri 5. Dengan menjaga lingkungan yang tenang dapat menciptakan kenyamanan bagi pasien dan mengurangi rasa nyeri 6. Dengan memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dapat istirahat dengan nyama dan kualitas tidur pasien dapat terpenuhi. 7. Dengan memberikan obat analgetik dapat meringankan nyeri</p>
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan</p>	<p>Dukungan Tidur Observasi 1) Identifikasi pola dan jam tidur.</p>	<p>1. Dengan mengetahui aktivitas tidur dapat membantu perawat untuk mengetahui penyebab gangguan pola tidur yang terjadi</p>

	<p>kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan kesulitan tidur berkurang (5). 2) Keluhan istirahat tidak cukup berkurang (5). 3) Keluhan tidak puas tidur berkurang (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Dengan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dapat membantu perawat untuk mengatasi gangguan pola tidur 3. Memberikan kenyamanan saat tidur. 4. Membangun rasa keinginan tidur cukup selama sakit.
Nausea berhubungan dengan distensi lambung	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nausea dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan mual menurun (5) 2) Pucat membaik (5) 	<p>Manajemen mual</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pengalaman mual 2) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mi. Nafsu makan, aktivitas kinerja,tanggung jawab dan tidur) 3) Identifikasi faktor penyebab mual (mis.pengobatan dan prosedur). <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perasaan mual 2. Mengidentifikasi pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien. 3. mengetahui faktor penyebab mual pasien 4. meminimalkan mual muntah dan membantu mengurangi efek mual dan mencegah muntah

<p>Intoleransi berhubungan kelemahan</p>	<p>aktivitas dengan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) 2) Keluhan lelah menurun (5) 	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Anjurkan tirah baring. 4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengalami perawat dapat mengetahui penyebab kelemahan yang terjadi 2. Membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas (Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi). 3. Dengan menganjurkan tirah baring dapat mengurangi resiko jatuh yang akan terjadi pada pasien 4. Dengan melakukan aktivitas secara bertahap dapat mengetahui toleransi aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien
--	--	--	--

5. Implementasi Keperawatan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Senin, 12 agustus 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif	07:30 07:45 07:50 08:00	<p>1) Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). Hasil: Mengukur tekanan darah dan nadi TD: 190/90mmHg, N:83 x/menit.</p> <p>2) Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien Hasil: pasien mengatakan kepalanya pusing, sakit dan lehernya terasa tegang</p> <p>3) Menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: meminta keluarga dan pengunjung untuk tidak mengganggu saat pasien tidur</p> <p>4) Mengatur pasien untuk tidur dengan posisi semi fowler</p>	<p>Jam 13:00 S: Pasien mengatakan masih pusing, kepalanya masih sakit dan lehernya masih terasa tegang. O: keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15,TTV: TD: 180/90 mmHg , S:36,8° C, N:78 x/menit, SPO² :99 % -Tampak meringis A: Masalah perfusi selebral tidak efektif belum teratasi P: Intervensi 1-5 dilanjutkan</p>

			08:30	5) Memberikan obat tablet captopril 25 mg/oral, melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv	
2.	Senin, 12 agustus 2024	Nyeri akut	07:35	1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kepala, durasi nyeri dirasakan 2-3 menit, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, kualitas nyeri sedang.	Jam 13:00 S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri di kepala, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, nyeri terasa selama 2-3 menit, skala nyeri 5
			07:37	2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: pasien mengatakan dari 1-10, yaitu 6 yang berarti nyeri sedang	O:- wajah pasien tampak meringis - keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, TTV: TD: 180/90 mmHg , S:36,8° C, N:78 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit
			07:42	3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul, nyeri berlangsung selama 2-3 menit dan nyeri	A: Masalah Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi keperawatan 1-7 dilanjutkan

				dirasakan ketika banyak bergerak	
			08:30	4) memberikan paracetamol 1 mg/IV	
			08:45	5) Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan meminta pasien untuk menarik napas dalam yaitu dengan cara menarik napas lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut, dilakukan sebanyak 3x.	
			09:30	6) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: mengontrol lingkungan pasien yaitu dengan memberitahu kepada keluarga pasien untuk tidak ribut agar pasien bisa istirahat dengan tenang dan mengurangi rasa nyeri pada pasien	
			09:45	7) Memfasilitasi istirahat dan tidur	

				Hasil: Meminta pasien untuk istirahat dan meminta keluarga dan pengunjung untuk tenang.	
3.	Senin, 12 Agustus 2024	Gangguan pola tidur	09:15	1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan jam tidur. Hasil: Pasien mengatakan malam sulit tidur. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja.	Jam 13:00 S: Pasien mengatakan dirinya masih tidak bisa tidur karena lingkungannya yang ribut O:-Pasien tampak tidak bersemangat, wajah tampak mengantuk, sering menguap, mata panda, mukosa bibir kering.
			09:32	2) Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur. Hasil: pasien mengatakan sulit tidur karena lingkungannya yang ribut	-keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, Tanda-tanda vital:
			10:05	3) Memodifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan) Hasil: mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan	TD: 180/90 mmHg , S:36,8° C, N:78 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit A:Masalah Gangguan pola tidur belum teratasi P: Intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan

			10:15	<p>keluarga untuk tidak ribut dan matikan lampu atau tutup tirai saat pasien tidur</p> <p>4) Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit. Hasil : menjelaskan kepada pasien tentang pentingnya tidur atau istirahat secukupnya selama sakit agar bisa membantu proses penyembuhan pasien dan pasien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah dijelaskan.</p>	
4.	Senin, 12 agustus 2024	Nausea	08:50 09:00	<p>1) Mengidentifikasi pengalaman mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual saat ia makan</p> <p>2) mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja,tanggung jawab dan tidur Hasil:Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan yaitu bubur,sayur dan lauk</p>	<p>Jam 13:00 S:Pasien mengatakan masih merasa mual. O:Pasien tampak pucat, keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15,TTV: TD: 180/90 mmHg , S:36,8° C, N:78 x/menit, SPO² :99 %, RR:22 x/menit A: masalah nausea belum teratasi</p>

			09:05	yang disediakan dari rumah sakit tetapi kadang 1 porsi tidak dihabiskan karena pasien merasa mual.	P: intervensi dilanjutkan nomor 1,2,3 dan 4
			09:14	3) Mengidentifikasi faktor penyebab mual Hasil: pasien mengatakan ia merasa mual saat ia makan.	
				4) Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap,suara,dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan). Hasil:merapikan bed pasien dan menaruh barang yang sudah terpakai atau makanan dan minuman sisa agar pasien terhindar dari bau tidak sedap sehingga pasien tidak mual	
5.	Senin, 12 agustus 2024	Intoleransi aktivitas	09:17	1) Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan badan masih lemah dan	Jam: 13:00 S:Pasien mengatakan masih lemah dan semua aktivitas pasien dibantu O:- Pasien Tampak

			09:20	terasa cepat lelah sehingga semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga	terbaring lemah di tempat tidur
			10:15	2) melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Hasil:melatih pasien rom pasif	- keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, Tanda-tanda vital: TD: 180/90 mmHg , S:36,8° C, N:78 x/menit, SPO ² :99 %, RR:22 x/menit
			10:17	3) Menganjurkan kepada pasien untuk tirah baring	- terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan
				4) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kanan dan miring kiri.	A:Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P:Intervensi keperawatan 1-4 dilanjutkan

Implementasi keperawatan hari kedua: Selasa, 13 Agustus 2024 adalah sebagai berikut :

No	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Selasa, 13 Agustus 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif	07:30 07:35 07:50 08:00 08:30	<p>1) Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). Hasil: Mengukur tekanan darah dan nadi TD:170/90mmHg,N:89 x/menit.</p> <p>2) Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien Hasil:Pasien mengatakan kepalanya masih pusing, sakit dan lehernya masih tegang</p> <p>3) Menyediakan lingkungan yang tenang Hasil: meminta keluarga dan pengunjung untuk tidak mengganggu saat pasien tidur</p> <p>4) Mengatur pasien untuk tidur dengan posisi semi fowler</p> <p>5) Memberikan obat tablet captopril 25 mg/oral,</p>	<p>Jam:13:00 S: Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sedikit pusing dan nyeri O: keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, TTV: TD: 160/100 mmHg,N: 75x/menit,RR:20x/menit, SPO2:99%, S:36,6⁰ c. - Pasien masih tampak lemah A: Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi P:Intervensi 1-3 dilanjutkan</p>

				melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv	
2.	Selasa, 13 agustus 2024	Nyeri akut	07:40 07:47 08:13	<p>1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: Pasien mengatakan nyeri dirasakan di kepala, durasi nyeri dirasakan 1 menit, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, kualitas nyeri sedang.</p> <p>2) Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: pasien mengatakan dari 1-10, yaitu 4 yang berarti nyeri sedang</p> <p>3) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul, nyeri berlangsung selama 1 menit dan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak</p>	<p>Jam 13:00 S: Pasien mengatakan masih terasa nyeri di kepala, nyeri terasa seperti berdenyut-denyut, nyeri terasa selama 1 menit, skala nyeri 4 O:- wajah pasien masih tampak meringis keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, -Tanda-tanda vital: TD:160/100 mmHg, N:75x/menit, RR:20x/mnit, SPO2:99%, S:36,6° c. A: Masalah Nyeri akut sebagian teratasi P: Intervensi keperawatan dilanjutkan 1,3, 4, dan 5.</p>

			08:30	4) memberikan paracetamol 1mg/IV	
			08:45	5) Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam Hasil: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dan meminta pasien untuk menarik napas dalam yaitu dengan cara menarik napas lewat hidung dan menghembuskan lewat mulut,dilakukan sebanyak 3x.	
			09:15	6) Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil:mengontrol lingkungan pasien yaitu dengan memberitahu kepada keluarga pasien untuk tidak ribut agar pasien bisa istirahat dengan tenang dan mengurangi rasa nyeri pada pasien	
			09:20	7) Memfasilitasi istirahat dan tidur	

				Hasil: Meminta pasien untuk istirahat dan meminta keluarga dan pengunjung untuk tenang.	
3.	Selasa, 13 agustus 2024	Gangguan pola tidur	09:30 09:36 10:00	<p>1) Mengidentifikasi pola aktivitas dan jam tidur. Hasil: Pasien mengatakan malam masih sulit tidur. Malam tidurnya dari jam 22:00 dan terbangun lagi pada jam 04:30, dan tidak bisa tidur lagi sampai pagi. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja.</p> <p>2) Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur. Hasil: pasien mengatakan sulit tidur karena lingkungannya yang ribut</p> <p>3) Memodifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan) Hasil: mengajarkan keluarga pasien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut dan</p>	<p>13:00 S: :Pasien mengatakan dirinya tidak bisa tidur karena lingkungannya yang ribut O:-Pasien masih kurang bersemangat, wajah tampak mengantuk, sering menguap, mata panda, mukosa bibir kering. - keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, Tanda-tanda vital: TD:160/100 mmHg , N:75x/menit,RR:20x/menit, SPO2:99%, S:36,6⁰ c. A:Masalah Gangguan pola tidur sebagian teratasi P: Intervensi keperawatan nomor 1 dan 3 dilanjutkan.</p>

				matikan lampu atau tutup tirai saat pasien tidur.	
4.	Selasa, 13 agustus 2024	Nausea	09:00	1) Mengidentifikasi pengalaman mual Hasil: Pasien mengatakan ia merasa mual saat ia makan	Jam 13:00 S:Pasien mengatakan masih merasa mual O:Pasien tampak pucat, keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, TTV:TD: 160/100 mmHg,N:75x/menit,RR:20x/menit, SPO2:99%, S:36,6 ⁰ c. A: masalah nausea belum teratasi P: intervensi dilanjutkan nomor 1, 2 dan 3
		09:05	2) Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja,tanggung jawab dan tidur Hasil: Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan yaitu bubur,sayur dan lauk yang disediakan dari rumah sakit tetapi kadang 1 porsi tidak dihabiskan karena pasien merasa mual.		
		09:08	3) Mengidentifikasi faktor penyebab mual Hasil: Pasien mengatakan ia merasa mual saat ia makan		
		09:19	4) Mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. Bau tak sedap,suara, dan rangsangan visual yang tidak		

				menyenangkan).Hasil:merapikan bed pasien dan menaruh barang yang sudah terpakai atau makanan dan minuman sisa agar pasien terhindar dari bau tidak sedap sehingga pasien tidak mual	
5.	Selasa, 13 agustus 2024	Intoleransi aktivitas	10:20 10:22 10:37 10:40	<p>1) Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan badan masih lemah tetapi sudah berkurang</p> <p>2) melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Hasil:melatih pasien rom pasif</p> <p>3) Menganjurkan kepada pasien untuk tirah baring</p> <p>4) Menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kanan dan miring kiri setiap dua jam</p>	<p>Jam 13:00 S:Pasien mengatakan badannya masih lemah tetapi sudah berkurang dan semua aktifitasnya masih dibantu oleh keluarga O:- Pasien masih terbaring lemah di tempat tidur -keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, GCS :15, -Tanda-tanda vital: TD:160/100 mmHg, N: 75x/menit,RR:20x/menit, SPO2:99%, S:36,6^o c. - terpasang infus NACL 0,9% 20 tpm di tangan kanan A:Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian P:Intervensi keperawatan 1-4 dilanjutkan</p>

Catatan perkembangan

NO	HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1.	Rabu, 14 agustus 2024	Resiko perfusi serebral tidak efektif	08:15 08:30 08:45 09:15 13:00	<p>Jam 07:30</p> <p>S: Pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang.</p> <p>O: Pasien tampak membaik, kesadaran composmentis, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO²:99%.</p> <p>A : masalah resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (1, 4, dan 5)</p> <p>I: :1. memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan pusing dan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang, TD : 150/100 mmHg, Nadi: 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO² : 99%.</p> <p>08:30 2.melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv</p> <p>08:45 3. mengatur posisi semi fowler Hasil: pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan.</p> <p>09:15 4. melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/oral.</p> <p>13:00 E: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang, sakit kepala sudah berkurang dan leher terasa sedikit tegang. Keadaan umum baik, pasien sudah tampak membaik, kesadaran composmentis. TD : 150/90 mmHg, Nadi :79 x/menit, Suhu</p>

				: 37,0°c, SpO ² : 99%, RR : 20 x/menit.
2.	Rabu, 14 agustus 2024	Nyeri akut		<p>Jam 07:30</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan 3 (setelah diberikan <i>gambaran</i> skala nyeri 1-10), nyeri hilang timbul 1 menit.</p> <p>O : Pasien tampak membaik, meringis berkurang, kesadaran composmentis, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO²:99%.</p> <p>A : masalah nyeri akut sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (1, 2, 4, 6, dan 7).</p> <p>I : 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri.</p> <p> Hasil : Pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan 3 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), nyeri hilang timbul 1 menit).</p> <p>08:13</p> <p> 2. menganjurkan kepada pasien untuk tetap melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam saat merasa nyeri.</p> <p>08:21</p> <p> 3. menganjurkan pada pasien untuk banyak beristirahat supaya bisa membantu proses penyembuhan.</p> <p>08:25</p> <p> 4. melayani pemberian terapi injeksi obat paracetamol 1 gr/Iv.</p> <p>08:30</p> <p>E: Pasien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, skala nyeri ringan masih 3 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10) nyeri hanya dibagian kepala dan dirasakan hilang timbul 1 menit, pasien tampak membaik, meringis berkurang, TD: 150/90 mmHg, Nadi :79 x/menit, Suhu : 37,0°c, SpO² : 99%, RR : 20 x/menit.</p> <p>13:00</p>

3.	Rabu, 14 Agustus 2024	Gangguan pola tidur	<p>07:13</p> <p>07:30</p> <p>08:18</p> <p>13:00</p>	<p>07:30</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak dari jam 21:00-05:30 pagi, bangun ketika ingin BAK setelah itu lanjut tidur sampai pagi, pasien mengatakan sudah lebih puas dengan tidurnya.</p> <p>O : pasien tampak membaik, mata tidak panda lagi, mukosa bibir lembab, TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO²:99%.</p> <p>A : masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (1, 3, dan 4)</p> <p>I : 1. mengidentifikasi jam tidur dan keluhan selama tidur Hasil: Pasien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak dari jam 21:00-05:30 pagi, bangun ketika ingin BAK setelah itu lanjut tidur sampai pagi dan pasien mengatakan sudah lebih puas dengan tidurnya.</p> <p>2. memodifikasi lingkungan yaitu dengan cara menganjurkan kepada keluarga untuk tidak ribut saat pasien istirahat/tidur dan tutup tirai atau saat malam hari bisa matikan lampu agar pasien bisa tidur dengan aman dan nyaman.</p> <p>3. Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit.</p> <p>E : Pasien mengatakan sudah bisa tidur siang dengan nyaman yaitu 1 jam, tidurnya puas dan tidak ada gangguan dan keluarga mengatakan akan menjaga ketenangan saat pasien tidur. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pasien tidak tampak menguap, mata tidak panda lagi. TD: 150/90 mmHg, Nadi :79 x/menit, Suhu : 37,0°c, SpO² : 99%, RR : 20 x/menit.</p>
----	-----------------------	---------------------	---	---

4.	Rabu, 14 agustus 2024	Nausea		<p>Jam 07:30 S: Pasien mengatakan masih merasa mual O: Pasien tampak pucat, keadaan umum lemah, kesadaran: composmentis, GCS: 15, TTV: TD : 150/100 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO₂:99%. A: masalah mual belum teratasi P: intervensi di lanjutkan (1,2 dan 3)</p> <p>08:12 I: 1. Mengidentifikasi pengalaman mual Hasil : Pasien mengatakan merasa mual saat ia makan.</p> <p>08:15 2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis . Nafsu makan, aktivitas kinerja,tanggung jawab dan tidur Hasil: Pasien mengatakan ia makan 3x sehari dengan porsi tidak di habiskan</p> <p>08:40 3. Mengidentifikasi faktor penyebab mual Hasil: Pasien mengatakan merasa mual saat ia makan</p> <p>13:00 E : Pasien mengatakan mual berkurang, Pasien tampak pucat intervensi dipertahankan.</p>
5.	Rabu, 14 agustus 2024	Intoleransi aktivitas		<p>Jam 07:30 S : Pasien mengatakan sudah tidak lemah dan lelah lagi, dan semua aktifitasnya masih dibantu dengan keluarga dan kadang bisa sendiri. O: Pasien tampak membaik, tidak lemah lagi, kesadaran composmentis TD: : 150/100 mmHg, Nadi : 80 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,9° c, SpO₂:99%. A : masalah intoleransi aktifitas sebagian teratasi.</p>

			08:08	P : intervensi dilanjutkan (1, 3, dan 4). I: 1. mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Hasil: Pasien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktifitas, dan semua aktifitasnya masih dibantu dengan keluarga dan kadang bisa sendiri.
			08:22	2.menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas dengan bangun duduk secara perlahan.
			08:23	3. menganjurkan pada pasien untuk banyak beristirahat agar bisa membantu proses penyembuhan.
			13:00	E: Pasien mengatakan lemah sudah berkurang, lelah sudah berkurang tetapi aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga dan kadang bisa sendiri. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD: 150/90 mmHg, Nadi :79 x/menit, Suhu : 37,0°C, SpO ² : 99%, RR : 20 x/menit.

B. Pembahasan

Penelitian studi kasus dilakukan mulai dari tanggal 12 Agustus sampai dengan tanggal 14 Agustus 2024. Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus dikaitkan dengan konsep teori dan hasil studi kasus sebelumnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny. W didapatkan Pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat, selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja, pasien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang

timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit. Keadaan Umum: pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO₂: 99 %, RR:22 x/menit, CRT: ≤ 3 detik, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, nampak tidak bersemangat, sering menguap, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan. Hasil Lab: WBC = $11.9 \times 10^3/\mu\text{L}$, GRA = $10.2 \times 10^3/\mu\text{L}$, LYM % = 8.7%, RBC = $3.70 \times 10^6/\mu\text{L}$, MCHC = 31.5 g/dL, UREUM = 65.8 mg/dL, CREATININ = 1.77 mg/dL, CHLORIDA = 114.0 mmol/L.

Pada teori manifestasi klinis hipertensi menurut Sudrajat 2017 antara lain: sering sakit kepala bagian belakang, mual muntah, nyeri dada, sesak napas, meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg, lemah dan lelah dan berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny.W ditemukan pasien mengatakan lemah, pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah. Hal ini menunjukkan bahwa adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana kasus Ny.W tidak ditemukan nyeri dada dan sesak napas. Selain itu pada penelitian kasus yang dilakukan Sudrajat 2017 dan pada kasus Ny. W yaitu manifestasi klinis yang terdapat adalah sakit pada kepala, mual muntah, lemah dan lelah. Hal ini disebabkan karena tekanan darah tinggi akan membuat pembuluh darah menjadi kaku dan mempengaruhi kinerja ujung saraf.

- a. Nyeri dada tidak terjadi pada Ny. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Sudrajat (2017) pada teori mengatakan gejala nyeri dada yang dialami penderita hipertensi dapat mengalami keluhan nyeri dada. Kondisi ini dapat terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung. Ini dibuktikan dalam penelitian Ira Dwi Novriyanti (2014) mengatakan nyeri dada presentasinya cukup tinggi pada pasien sehingga mengalami penyakit jantung hipertensi. Hal ini tidak terjadi pada kasus Ny. W.
- b. Sesak napas tidak terjadi pada kasus Ny. W hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Sudrajat (2017) pada teori mengatakan pada penderita hipertensi dapat mengalami keluhan sesak napas. Keadaan ini terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah. Hal ini tidak terjadi pada kasus Ny. W.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Sari (2020), masalah keperawatan yang muncul pada hipertensi antara lain : nyeri akut, resiko perfusi Serebral tidak efektif, penurunan curah jantung, intoleransi aktifitas, dan hipervolemia. Pada kasus Ny. W diagnosa keperawatan yang muncul adalah Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, mual berhubungan dengan distensi lambung, intoleransi aktifitas

berhubungan dengan kelemahan.

- a. Masalah keperawatan penurunan curah jantung dengan tanda dan gejala sesak napas (dyspnea). Menurut Sudrajat 2017 mengatakan nyeri dada yang terjadi akibat penyumbatan pembuluh darah pada organ jantung dan sesak napas terjadi ketika jantung mengalami pembesaran dan gagal memompa darah. Pada kasus Ny.W tidak ditemukan masalah penurunan jantung karena tidak ada keluhan nyeri dada dan sesak napas.
- b. Masalah keperawatan hipervolemia dengan tanda dan gejala edema. Menurut Sari, 2020 mengatakan edema yang terjadi akibat pembuluh darah ginjal mengalami penyempitan 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 merupakan enzim yang membantu untuk 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 kasus Ny. W tidak ditemukan tanda dan gejala edema untuk mendukung penegakkan diagnosis hipervolemia.
- c. Masalah keperawatan gangguan pola tidur diangkat menjadi salah satu diagnosa keperawatan pada kasus Ny. W. Menurut Winowo & Laili (2019), ini di dukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oematan G, (2021) durasi waktu tidur yang kurang dari 8 jam/hari

menyebabkan kadar leptin dalam darah menurun sehingga berpengaruh dalam sistem saraf simpatis yang mengakibatkan tekanan darah meningkat dengan demikian diagnosa gangguan pola tidur harus ditegakan dan segera diatasi untuk menurunkan tekanan darah tinggi.

- d. Masalah keperawatan nausea diangkat menjadi salah satu diagnosa keperawatan pada kasus Ny. W karena didukung dengan tanda dan gejala untuk mengangkat masalah keperawatan nausea sehingga terjadi kesenjangan antara kasus dan teori.

3. Intervensi/perencanaan keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada masalah yang muncul. Intervensi yang ada diteori tidak semua ditetapkan karena tindakan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien. Tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu tindakan observasi, mandiri, kolaborasi, untuk mengatasi masalah tersebut.

- a. Pada intervensi resiko perfusi serebral tidak efektif intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor CPV (Central Venous Pressure), monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure), cegah terjadinya kejang.
- b. Pada intervensi Nyeri Akut intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

- c. Pada intervensi gangguan pola tidur intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, tetapkan jadwal tidur rutin.
- d. Pada intervensi nausea intervensi yang tidak dilakukan adalah kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis.kecemasan, ketakutan, kelelahan), anjurkan sering membersihkan mulut kecuali jika merangsang mual.
- e. Intoleransi aktifitas intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, berikan distraksi yang menenangkan.

4. Implementasi/pelaksanaan keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur, nausea, dan intoleransi aktifitas, maka tindakan yang dilakukan yaitu:

- a. **Resiko perfusi serebral tidak efektif.** Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital), menanyakan keluhan yang dirasakan pasien, menyediakan lingkungan yang tenang, mengatur pasien untuk tidur dengan posisi semi fowler, memberikan obat tablet captopril 25 mg/oral, melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv.
- b. **Nyeri akut.** Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi

faktor yang memperberat dan meringankan nyeri, memberikan paracetamol 1mg/IV, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur.

- c. **Gangguan pola tidur.** Mengidentifikasi pola aktivitas dan jam tidur, mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur, memodifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan), menjelaskan pentingnya tidur selama sakit.
- d. **Nausea.** Mengidentifikasi pengalaman mual, mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup mis. Nafsu makan, aktivitas kinerja, tanggung jawab dan tidur, mengidentifikasi faktor penyebab mual, mengendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan).
- e. **Intoleransi aktivitas.** Mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, melakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif, menganjurkan kepada pasien untuk tirah baring, menganjurkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap yaitu dengan miring kanan dan miring kiri.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perfusi

serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian dapat teratasi, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia sebagian dapat teratasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan sebagian dapat teratasi, nausea berhubungan dengan distensi lambung belum teratasi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan sebagian dapat teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan Hipertensi pada Ny.W di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 12, 13 Agustus – 14 Agustus 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 12 Agustus 2024 didapatkan hasil pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat, selama sakit pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja, pasien mengatakan leher terasa tegang, kadang-kadang nyeri/sakit kepala. P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut, R : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar, S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10), T : pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit. Keadaan Umum: pasien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6), Tanda-tanda Vital: TD:190/90 mmHg, S:36,7° C, N:83 x/menit, SPO² :99

%, RR:22 x/menit, CRT: ≤ 3 detik, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, nampak tidak bersemangat, sering menguap, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang), terpasang infus Nacl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan. Hasil Lab: WBC = $11.9 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, GRA = $10.2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, LYM % = 8.7%, RBC = $3.70 \cdot 10^6/\mu\text{L}$, MCHC = 31.5 g/dL, UREUM = 65.8 mg/dL, CREATININ = 1.77 mg/dL, CHLORIDA = 114.0 mmol/L.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. W ada lima yaitu : resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral dan iskemia, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, mual berhubungan dengan distensi lambung, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapat setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 12, 13 Agustus- 14 Agustus 2024 yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif masalah sebagian teratasi, nyeri akut masalah sebagian teratasi,

gangguan pola tidur masalah sebagian teratasi, mual masalah belum teratasi, intoleransi aktifitas masalah sebagian teratasi.

B. Saran

Dengan dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan yaitu :

1. Bagi Peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang hipertensi dan prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan hipertensi dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya institusi Pendidikan pada pasien hipertensi untuk lebih mengedepankan asuhan keperawatan dengan pemantauan lebih intensif.

3. Bagi institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktik dan pembuatan asuhan keperawatan.

4. Bagi keluarga

Mengajari keluarga pasien dengan cara menganjurkan pasien untuk melakukan pemeriksaan yang rutin ke fasilitas kesehatan agar mencegah terjadinya Hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, A. A Fariz;. (2022). Faktor-faktor Penyebab Hipertensi. Yogyakarta.
- Anggraini, Y., & Leniwita, H. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah I*.
- Aspiani R. Yuli;. (2019). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular*. Jakarta: EGC.
- Brunner &, & Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . Jakarta: EGC.
- Hidayati, L S;. (2018). Kajian Sistematis Terhadap Faktor Risiko Hipertensi Di Indonesia . *Journal Of Health Science and Prevention*, 48-56.
- Kemenkes. (2016). *Hipertensi, Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah-Direktorat P2PTM*.
- Kemenkes. (2021). Faktor Resiko Hipertensi -Direktorat P2PTM.
- Kemenkes RI. (2018). Aksi Pemerintah Mengurangi Penderita Hipertensi. In *Profil Penyakit Tidak Manular Tahun 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes;. (2018). *Faktor-faktor Penyebab Hipertensi* .
- Kementerian Kesehatan RI;. (2017). *Profil Penyakit Tidak Manular : 2016*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Linggaryana, & Trismiyana, E. (2023). Asuhan Keperawatan Dengan Teknik Rendam Kaki Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Didesa Sri Pendowo Lampung Timur. *Journal Kreatifitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 646-651.
- Marilynn, E. D., Mary, F. M., & Alice, C. G. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien*. (Ed. 3 ed.). (e. b. Indonesia, Ed.) Jakarta: EGC.
- Musakkar & Djavar;. (2021). *Promosi Kesehatan : Penyebab Terjadinya Hipertensi*. Jakarta: CV. Pena Persada.
- Ni Ketut &, & Brigitta Ayu. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

- Novriyanti, I. D. (2014). Pengaruh Lama Hipertensi Terhadap Penyakit Jantung Koroner di Poliklinik Kardiologi RSUP. Dr. Muhammad Hoesin Palembang. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, 1, 55-60.
- Nurmayni, & dkk. (2021). *Hipertensi Si Pembunuh Senyap*. Medan: CV. Pusdikra Mitra Jaya.
- Oematan, G, O. &. (2021 a). Durasi Tidur Dan Aktivitas Sedentaria Sebagai Faktor Resiko Hipertensi Obesitik Pada Remaja Sleep Duration And Sedentary Activity As A Risk Factor For Obesity Hypertension In Adolescents. *Ilmu Gizi*.
- Prastika , Yuniar Dwi. (2021). Faktor Resiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Indonesia. *Journal Of Public Health and Nutrition Univertasy Negeri Semarang Indonesia*.
- Purnomo, S. R. (2020). Pola Konsumsi Garam Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia. *Wacana Kesehatan*.
- Raharjo, S. A. (2021). Hubungan Antara Konsumsi Alkohol Dengan Kejadian Hipertensi Pada Remaja Dipuskesmas Tompe Kabupaten Donggala. *Java Health Journal*.
- Rifai M, & Safitri D. (2022). Edukasi Penyakit Hipertensi Warga Dukuh Gebang RT 04/RW 09 Desa Girisuko Kecamatan Panggang Kabupaten Gunungkidul. *Journal Budimas*.
- Sari. (2020). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Hipertensi*. Jakarta : Pustaka Baru.
- SDKI, P. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SIKI, P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SLKI, P. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- Trismiyana, E., Linggariyana, & Furqoni, P. D. (2023). Asuhan Keperawatan Dengan Teknik Rendam Kaki Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Di Desa Sri Pendowo Lampung Timur. *Journal Kreativitas Pengabdian Masyarakat*, 646-651.

- Utamami, F. Y., Boy, Y., & Widyastuti. (2019, Juli). Analisa Peran Perawat Kesehatan Masyarakat Terhadap Tingkat Kemandirian Keluarga Binaan Dalam Merawat Penderita Hipertensi. *Jurnal Ilmiah STIKES Citra Delima Bangka Belitung*, 3.
- WHO . (2018). *Global Health Estimates 2016 : Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, W. H. (2021). Trend Disease "Trend Penyakit saat ini".
- Yanti Anggraini;. (2020). *Modul Keperawatan Medikal Bedah 1*. Jakarta: EGC.

Gambaran Studi Kasus

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



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



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Agustus 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Nama	: Ny. W
Umur	: 63 Tahun
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Tetandara
Tanggal Masuk	: 09 Agustus 2024
Tanggal Pengkajian	: 12 Agustus 2024
No. Register	: 007201
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. M
Umur	: 42 Tahun
Hub. Dengan Pasien	: Anak kandung
Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat	: Tetandara

2. Status Kesehatan

1) Status Kesehatan saat ini

(1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemah pusing, nyeri kepala, leher terasa tegang, mual, muntah satu kali sebelum dibawa ke rumah sakit.

(2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan pada hari jumat tanggal 09 agustus 2024 pada jam 22:00 pasien merasa pusing, lehernya terasa tegang, nyeri pada kepala dan pasien muntah satu kali sehingga keluarga langsung mengantar pasien ke RSUD Ende ruang IGD. Pasien dirawat di ruang IGD selama 6 jam. Dan pada hari sabtu, 10 agustus 2024 jam 05:00 pagi pasien dipindahkan ke ruangan penyakit dalam III untuk diberikan perawatan lanjutan.

(3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan sejak dua hari terakhir sebelum pasien di rawat di rumah sakit, pasien mengatakan kepalanya sakit, pusing dan lehernya terasa tegang dan pada hari jumat, 09 agustus 2024 pasien merasa pusing dan sakit kepalanya semakin bertambah sehingga keluarga pasien memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit.

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan selama masih dirumah tidak ada upaya apapun yang dilakukan untuk mengatasi sakitnya pasien hanya di baringkan di tempat tidur.

2) Status kesehatan Masa lalu

(1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan penyakit yang pernah dialami yaitu penyakit lambung dan darah tinggi.

(2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di rumah sakit umum daerah Ende karena penyakit lambung dan darah tinggi.

(3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak ada alergi terhadap makanan, minuman ataupun terhadap obat-obatan.

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

Pasien mengatakan dirinya tidak ada kebiasaan seperti minum kopi, alkohol, ataupun merokok, tetapi pasien mempunyai kebiasaan minum teh di pagi hari, makan ubi rebus dan ikan asin.

(5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama sepertinya.

(6) Diagnosa Medis dan therapy yang didapatkan sebelumnya

Pasien mengatakan ketika dirinya dirawat di rumah sakit sebelumnya dirinya di diagnosa Tekanan darah tinggi dan lambung , pasien juga mengatakan diberikan obat captopril biasanya di minum pada malam hari dan dokter menganjurkan untuk minum seumur hidup, tetapi pasien tidak rutin untuk minum obat, pasien minum ketika pasien mengalami sakit kepala atau ketika tensinya naik.

3) Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-Psiko-Kultur-Spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit pasien dan keluarga selalu memeriksa ke fasilitas kesehatan

b. Pola Nutrisi-Metabolik

(1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan nasi, sayur dan lauk pauk dan menghabiskan satu porsi makanan, biasanya pasien suka makanan yang berminyak (santan) dan menggunakan penyedap rasa seperti masako atau makanan yang memiliki rasa garam yang tinggi , setiap hari pasien selalu makan ubi rebus dan ikan asin . Minum biasanya pasien minum 7 gelas air.

(2) Saat sakit

Pasien mengatakan ketika mau makan dirinya merasa mual, makan 3x dalam sehari dengan jenis makanan yaitu bubur, sayur dan lauk yang disediakan dari rumah sakit tetapi kadang 1 porsi tidak dihabiskan . Minum pasien minum \pm 6 gelas dalam sehari.

c. Pola Eliminasi

Eliminasi:

(1) Sebelum sakit :

- BAB

Pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1-2 kali sehari biasanya pada pagi hari, konsistensi padat warna kuning bau khas feses.

- BAK

pasien mengatakan biasanya BAK \pm 6 kali sehari warna kuning jernih, bau khas urine.

(2) Saat Sakit:

- BAB

Pasien mengatakan Selama dirawat di rumah sakit pasien BAB 1 kali dalam sehari, tidak ada keluhan, warna kuning konsistensi padat, warna kuning bau khas feses dan BAB menggunakan pispot.

- BAK

Pasien mengatakan BAK \pm 6 kali sehari, warna kuning jernih bau khas urine dan BAK menggunakan pempers.

d. Pola aktivitas dan latihan

(1) 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

(2) Latihan

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya melaksanakan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga yaitu seperti memasak, mencuci, menyapu, dan semua pekerjaannya dilakukan sendiri tidak di bantu oleh orang lain.
- Saat sakit: Pasien mengatakan selama sakit aktivitasnya seperti makan minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah di bantu keluarga dan perawat. Faktor penyebabnya karena nyeri pada kepala, tangan kanannya sulit untuk digerakkan, selain itu juga terhambat karena pada tangan kanan terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien nampak mengenali anaknya, keluarga, dan perawat yang datang ke ruangan, penglihatan pasien mengatakan sedikit buram, penciuman, pendengaran, perabaan dan perasa pasien mengatakan baik tidak ada gangguan.

f. Pola persepsi-konsep diri

Pasien mengatakan dirinya seorang janda dan bekerja sebagai ibu rumah tangga yang punya tanggung jawab mengurus anak-anaknya.

g. Pola tidur dan istirahat

- Sebelum Sakit:Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasa tidur 7-8 jam, malam tidurnya dari jam 21:00-05:30,pasien tidur dengan nyenyak, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu menonton TV dan saat siang hari pasien tidur 1 jam yaitu dari jam 14:00-15:00.
- Saat Sakit :Pasien mengatakan sulit untuk tidur karena lingkungannya yang ribut. Malam tidurnya dari jam 23:00-04:30, pasien juga sering terbangun di tengah malam dan kadang tidak bisa tidur nyenyak. Pasien mengatakan tidur siang 1 jam saja.

h. Pola peran-hubungan

Pasien mengatakan perannya sebagai seorang ibu dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, hubungannya dengan keluarga dan orang-orang di sekitarnya baik.

i. Pola Toleransi Stress-Koping

Pasien mengatakan jika ada masalah dirinya selalu bercerita kepada anak-anaknya dan biasanya pasien sholat.

j. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien menganut agama Islam

k. Pola Neurosensorik

- Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah merasa pusing dengan tiba-tiba ataupun sakit kepala tiba-tiba saat bangun tidur.
- Saat sakit: Pasien mengatakan leher terasa tegang dan pasien mengatakan nyeri/sakit kepala.

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

GCS : 15 → Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6

b. Tanda-tanda Vital

TD	: 190/90 mmHg
S	: 36,7° C
N	: 83 x/menit
SPO ²	: 99 %
RR	: 22 x/menit

c. Head To Toe (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

(1) Kepala

Inspeksi: bentuk simetris, kepala tampak bersih

Palpasi :tidak ada benjolan ataupun luka

(2) Rambut

Inspeksi: rambut tampak bersih, kering dan beruban

(3) Wajah

Inspeksi: bentuk wajah simetris, pasien tampak meringis

(4) Mata

Inspeksi: konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata panda

(5) Hidung

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada sekret

Palpasi: tidak ada benjolan

(6) Mulut

Inspeksi: mukosa bibir kering dan pucat

(7) Gigi

Inspeksi: gigi tampak bersih, ada gigi berlubang

(8) Telinga

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran

(9) Leher

Inspeksi: leher tampak bersih

Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

(10) Dada

Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi pernapasan 22x/menit

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Auskultasi: tidak ada bunyi napas tambahan (bunyi napas vesikuler)

(11) Abdomen

inspeksi: bentuk simetris

palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan

perkusi: terdapat bunyi tympani

auskultasi: bising usus 30 x/menit.

(12) Ekstremitas

- Ekstremitas Atas

Inspeksi: CRT < 3 detik, tangan kiri bisa digerakkan dan tidak ada kelainan, terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tpm pada tangan kanan, pasien mengatakan tangan kanan sulit untuk digerakkan, kekuatan otot tangan kanan 3 (mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas/ badan, tapi tidak bisa melawan tahanan sedang). Kekuatan otot tangan kiri 5 (mampu menggerakkan persendian dan lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh).

- Ekstremitas Bawah

Inspeksi: tidak terdapat edema, kaki kanan dan kiri bisa digerakkan, tidak ada kelainan, kekuatan otot kaki kiri dan kanan 5 (mampu melawan gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan).

d. Keluhan Nyeri

P : pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika banyak bergerak

Q :pasien mengatakan nyeri seperti berdenyut-denyut.

R: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tidak menyebar.

S : skala nyeri sedang 6 (setelah diberikan gambaran skala nyeri 1-10).

T: pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri berlangsung kurang lebih 2-3 menit.

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa Asuhan Keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana/intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor hp: 081338182748

Peneliti

**Krisanta Paula Putri****Nim: PO5303202210054**

INFORMED CONCENT**(Persetujuan Menjadi Partisipasi)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Krisanta Paula Putri, NIM : PO5303202210054 dengan judul : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. W Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende".

Saya memutuskan setuju untuk ikut partisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu, tanpa sanksi apapun.

Ende, 12 Agustus 2024

Saksi



Ny. M

Yang memberikan persetujuan



Ny. W

Peneliti

**KRISANTA PAULA PUTRI**





PO5303202210054







LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI

Nama : Krisanta Paula Putri
NIM : PO.5303202210054
Pembimbing Utama : Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
Pembimbing Pendamping : Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Senin, 18 September 2023	1. Hipertensi 2. Alasan memilih judul proposal dan BAB I	1. Tambahkan dan lengkapi BAB I pada data hipertensi dari kabupaten Ende dan RSUD Ende.	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
2.	Kamis, 16 November 2023	BAB II	1. Perbaiki patofisiologi dan pathway sertakan dengan sumbernya 2. Tambahkan penatalaksanaan keperawatan 3. Lengkapi pada konsep dasar asuhan keperawatan	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
3.	Senin, 27 November 2023	BAB II	1. Tambahkan pengkajian per pola pada konsep dasar asuhan keperawatan	

			2. Sesuaikan diagnosa dan intervensi dengan diagnosa yang ada di pathway.	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
4.	Senin, 08 Januari 2024	BAB II	1. Di awal kalimat tidak boleh menggunakan kata penghubung 2. Lengkapi pada pemeriksaan fisik 3. Tambahkan BAB III	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
5.	Selasa, 07 Mei 2024	BAB II, BAB III	1. Pelajari dan pahami 12 sistem beserta organ-organnya (terlebih untuk sistem kardiovaskuler) 2. Pelajari anatomi dan fisiologi pada tubuh manusia 3. Perbaiki daftar pustaka	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
6.	Rabu, 19 Juni 2024	BAB I, BAB II, BAB III	1. Pelajari dan pahami anatomi fisiologi jantung dan pembuluh darah	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep

7.	Kamis, 20 Juni 2024	BAB I, BAB II, BAB III	1. Ace dan siap untuk ujian proposal	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
8.	Selasa, 13 Agustus 2024	BAB IV	1. Data pada pengkajian harus ditulis dengan jelas 2. Tabulasi data disesuaikan dari pengumpulan data dan manifestasi klinis 3. Pada implementasi jam harus jelas dan sesuai.	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
9.	Senin, 19 Agustus 2024	BAB IV	1. Pelajari yang masih kurang paham 2. Studi kasus diketik sampai dengan BAB V dan diedit dengan rapi.	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep

10.	Kamis, 29 Agustus 2024	BAB IV dan V	1. Acc dari pembimbing dan siap untuk ujian KTL.	 Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
-----	------------------------	--------------	--	---

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







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






LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL DAN KTI

Nama : Krisanta Paula Putri
NIM : PO.5303202210054
Pembimbing Utama : Raimunda Woga, S. Kp., M. Kep
Pembimbing Pendamping : Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

No	Hari / Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Rabu, 26 Juni 2024	BAB I, II, III	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki latar belakang di bagian data-data (data kasus hipertensi di kabupaten Ende dan RSUD Ende) dibawah ke persen2. Belajar dan pahami istilah-istilah kesehatan pada pathway dan pemeriksaan diagnostic3. Tambahkan patologi anatomi dan anatomi fisiologi4. Perbaiki etiologi dari diagnosa nyeri akut harus sesuai dengan etiologi pada konsep masalah keperawatan5. Sesuaikan data-data dari manifestasi klinis, pemeriksaan fisik, pengkajian per pola dan masukkan semua pada tabulasi data6. Perbaiki intervensi	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

			7. Perbaiki pengetikan.	
2.	Selasa, 02 Juli 2024	BAB II	1. Belajar dulu istilah-istilah yang ada hubungan dengan hipertensi 2. Datang lagi dan pertanggungjawabkan makalah	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
3.	Rabu, 23 Juli 2024	BAB II	1. Pertanggungjawabkan yang kurang 2. Mengapa pada orang dengan hipertensi warna kulit sianosis (kebiruan) 3. Mengapa pada masalah nyeri akut kompres dengan air dingin.	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
4.	Senin, 29 Juli 2024	BAB I, II, III	1. Pertanggungjawabkan yang kurang 2. ACC (turun ambil pasien).	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
5.	Senin, 09 September 2024	BAB IV	1. Masukkan data penunjang (pemeriksaan diagnostik) yang tidak normal pada pasien di tabulasi data, klasifikasi data, analisa data dan diagnosa keperawatan 2. Cari dan jelaskan maksud atau	

			<p>arti dari 160/100 (systole dan diastole)</p> <p>3. Mengapa tekanan darah tinggi dapat menyebabkan resiko perfusi serebral tidak efektif?</p>	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
6.	Kamis, 10 Oktober 2024	BAB IV	<p>1. Oksigen dalam tubuh namanya apa</p> <p>2. Leukositosis menunjukkan ada apa</p> <p>3. Granulosit tinggi menunjukkan ada apa</p> <p>4. Apa hubungan antara ureum dan kreatinin dengan leukositosis</p> <p>5. Apa fungsi obat ceftriaxone</p> <p>6. Tambahkan indikasi dan kontra indikasi pada pengobatan</p> <p>7. Perbaiki dan edit data penunjang di semua masalah keperawatan sampai dengan intervensi dan implementasi</p>	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes
7.	Kamis, 17 Oktober 2024	BAB I, II, III, IV, V	1. Ace	 Marthina Bedho, S. ST., M. Kes

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



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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. Data Diri**

Nama : Krisanta Paula Putri
Tempat/Tanggal Lahir : Watunggere, 01 September 2003
Alamat : Watunggere
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Herman Marianus Rindu
Nama Ibu : Apolonia Pau

B. Riwayat Pendidikan

SDK St. Maria Watunggere : 2009-2015
SMP Negeri Detukeli : 2015-2018
SMA Katolik Syuradikara : 2018-2021
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang, : 2021-2024
Program Studi D-III Keperawatan Ende

“Masa depan yang cerah tidak pernah
dijanjikan pada siapa pun.

Kamu harus mengejanya sendiri”.