

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. E. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM
III
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE

Oleh:

SASKIA ZAHRANI
NIM.PO5303202200529

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. E. M DENGAN
DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM
III
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE.**

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

Oleh:

SASKIA ZAHRANI
NIM.PO5303202200529

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

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

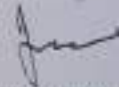
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. E. M. DENGAN
DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM IRI RSUD ENDE

Oleh:

Saekia Zahranj
NIM. PG.5301202260529

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

Ende, 18 Juli 2023
Pembimbing



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende



Aris Wawanesa, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 29660114 199302 1001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. E. M. DENGAN
DIAGNOSA MEDIK HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RSUD ENDE

OLEH :

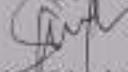
Susika Zahran

NIM.105303202200529

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Dujukan dan Dipertanggung Jawabkan

Pada, 18 Juli 2023

Pengaji Kerja



Maria Saefina Sekanda SST, M.Kes
NIP. 19810124.200912.2.001

Pengaji Anggota



Irvan Budiana S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 19890627.201902.1.001

Dibahkan oleh



Kemahasiswaan
Kema Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang



Aris Wawonon, M.Kes, Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114.199102.1.001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Saskia Zahrani

NIM : PG. 5303202200529

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. E. M. Dengan
Diagnosa Modik Hipertensi di Ruang Perawatan Dalam
III (RPD III) RSUD Ende

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

Ende, 18 Juli 2023

Yang Membuat Pernyataan


SASKIA ZAHRANI
PG. 5303202200529

KATA PENGANTAR

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

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D- III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini.
3. Ibu Dr.Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di RSUD Ende.
4. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.Ns., M.Kep, selaku pembimbing dan sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Maria Salestina Sekunda.SST,.M.Kes, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini menjadi lebih baik.
6. Bapak Herman Ari Leta, AMK, selaku kepala Ruangan Penyakit Dalam III yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian di Ruangan RPD III.
7. Ny. E. M dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kedua orang tua tercinta dan seluruh keluarga atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu dalam membantu penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga mendapat pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

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

Ende, 18 Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

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

Saskia Zahrani⁽¹⁾ Irwan Budiana⁽²⁾ Maria Salestina Sekunda⁽³⁾
Prodi Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang⁽¹⁾
Responden Autor : saskiazahrani3@gmail.com

Latar Belakang Hipertensi merupakan penyakit dengan angka kejadian yang meningkat tiap tahunnya di era global, dan menimbulkan masalah-masalah penyakit lain seperti stroke, jantung, ginjal, dan diabetes mellitus.

Tujuan studi kasus ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny. E. M dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil kesenjangan antara teori dan kasus, pada kasus Ny. E. M ditemukan masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung, nyeri akut, dan gangguan pola tidur. Sedangkan pada teori pasien dengan hipertensi ditemukan masalah penurunan curah jantung, resiko perfusi serebral tidak efektif, nyeri akut, intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur, risiko jatuh dan defisit pengetahuan.

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

Kepustakaan : 21 Buah (2015-2023)

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

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

ABSTRACT

NURSING CARE FOR PATIENTS Mrs. E.M WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSION IN THE INTERNAL DISEASE ROOM III ENDE HOSPITAL

Saskia Zahrani (1) Irwan Budiana (2)
Nursing Study Program Ende Poltekkes Kemenkes Kupang(1)
Author Respondent: saskiazahrani3@gmail.com

Background Hypertension is a disease with an increasing number of incidents every year in the global era, and causes other disease problems such as stroke, heart, kidney and diabetes mellitus. The purpose of this case study is to describe nursing care for Mrs. E.M and analyzing the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, implementation, and evaluation of nursing.

The results of the gap between theory and cases, in the case of Ny. E.M found nursing problems, namely decreased cardiac output, acute pain, and disturbed sleep patterns. Meanwhile, in the theory of patients with hypertension, there are problems with decreased cardiac output, the risk of ineffective cerebral perfusion, acute pain, activity intolerance, sleep pattern disturbances, risk of falling and knowledge deficits.

Conclusion Every patient with hypertension has different signs and symptoms depending on the method of treatment experienced by the patient. Therefore it is expected to maintain health, and always comply with taking medication.

Libraries: 21 Pieces (2015-2023)

Keywords: Nursing Care, Hypertension

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

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUTAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Dasar Medis	6
B. Konsep Asuhan Keperawatan	15
BAB III METODE PENELITIAN	32
A. Desain Studi Kasus	32
B. Subyek studi kasus	32
C. Batasan istilah.....	32
D. Lokasi dan waktu studi kasus	33
E. Metode / prosedur studi kasus	33
F. Teknik pengumpulan data	34
G. Instrumen pengumpulan data	34
H. Keabsahan data	34
I. Analisis data	35
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	36

A. Hasil Studi Kasus.....	36
B. Pembahasan	54
BAB V PENUTUP	59
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran.....	60
DAFTAR	
PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit kardiovaskular yang memiliki faktor resiko utama penyebab terjadinya kematian global dan angka penderita hipertensi semakin meningkat setiap tahunnya. Hipertensi sekarang menjadi masalah utama, tidak hanya di Indonesia tetapi juga mendunia, karena hipertensi merupakan salah satu pintu masuk atau faktor resiko penyakit jantung, ginjal, diabetes, dan stroke (Kemenkes RI 2019) dikutip (Mayasari et al., 2019).

Menurut *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2021 penyakit kardiovaskuler terdapat sebanyak 17,9 juta jiwa, sedangkan di negara dengan berpendapatan rendah dan menengah terdapat 1,28 juta jiwa penderita hipertensi yang berusia 30-79 tahun. Sekitar 46% orang dewasa di seluruh dunia tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit hipertensi.

Prevalensi hipertensi di Negara berkembang termasuk Indonesia mencapai 65,74% atau mencapai 65 juta penderita (Tamako, 2016) dikutip dalam (Dede Rina, Nita Fitria, 2021). Hal ini menyebabkan penyakit hipertensi disebut sebagai *silent killer* (pembunuh secara diam-diam) karena penderita tidak mengetahui dirinya menderita penyakit hipertensi (Andra Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri, 2016).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 prevelensi

hipertensi dengan hasil pengukuran pada penduduk dengan usia ≥ 18 tahun yaitu sebesar 34,1%, dan tertinggi di Kalimantan Selatan sebesar (44,1%) sedangkan kasus terendah terdapat di Papua sebesar (22,2%) (Kemenkes, 2021). Prevalensi penyakit hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) pada bulan Mei 2022 sebanyak 7,2% atau 76.130 kasus. NTT merupakan salah satu provinsi yang menyumbang penyakit tidak menular seperti hipertensi yang cukup tinggi. (Tefbana, 2022)

Hasil Rekapitulasi Dinas Kesehatan Kabupaten Ende pada tahun 2020 sebesar 21.785 kasus, tahun 2021 terjadi penurunan sebesar 18.524 kasus dan untuk tahun 2022 terjadi penurunan hingga 12.654 kasus yang ada di Kabupaten Ende sedangkan 4 bulan terakhir ini dari bulan Januari sampai April pada tahun 2023 terjadi peningkatan kembali yaitu sebanyak 13.455 kasus. (Ende, n.d.). Menurut Laporan Rekapitulasi Ruang Penyakit Dalam III (RPD III) di RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 12 orang yang menderita penyakit hipertensi sedangkan pada tahun 2022 terjadi peningkatan sebanyak 51 orang (Ruang, n.d.).

Faktor penyebab yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi adalah faktor genetik, obesitas, stres lingkungan dan hilangnya elastisitas jaringan, aterosklerosis pada usia tua dan vasodilatasi (Kemenkes RI, 2016) dikutip dalam (Kardiyudiani & Susanti, 2019). Jika penatalaksanaan tidak tepat maka penyakit hipertensi pada pasien akan meningkatkan ke risiko komplikasi dan memperburuk perjalanan penyakit. Komplikasi yang dapat terjadi antara lain perdarahan retina bahkan gangguan penglihatan yang

berujung pada kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, diabetes dan stroke (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

Peran perawat sebagai edukatif harus mampu memberikan informasi yang baik dan benar tentang hipertensi dan menganjurkan untuk diet garam serta memberikan informasi tentang pencegahannya dan dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat dan mencegah terjadinya penyakit lain/komplikasi.

Berdasarkan hasil pengamatan penulis selama melaksanakan praktik klinik di RSUD Ende, hampir sebagian besar perawat belum melakukan asuhan keperawatan sesuai prosedur pada pasien Hipertensi secara maksimal dalam menggunakan buku 3 S yakni SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Pada pengkajian ditemukan masih ada data yang perawat belum maksimal melakukan pengkajian di beberapa pola salah satunya pola nutrisi, sehingga kriteria yang harus dicegah pun belum terlaksanakan dengan benar dan belum menggunakan buku SLKI sebagai pedoman untuk menentukan target yang harus diselesaikan masalah yang ada di pasien. Dari hasil pengkajian tersebut pada pasien, sehingga perawat menentukan diagnose hanya pada hasil pengkajian di pola-pola lainnya dan penegakan diagnosanya pun perawat belum menggunakan buku SDKI sebagai pedoman untuk mengetahui diagnose yang dialami pasien tersebut berhubungan dengan masalah sebenarnya pada pasien. Penentuan diagnosa tentang defisit

pengetahuan jarang dilaksanakan oleh perawat, sehingga intervensi defisit pengetahuan tidak dicantumkan di buku tindakan pasien dan juga perencanaan tindakan belum sesuai dengan buku SIKI.

Penyakit hipertensi semakin meningkat tiap tahunnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pada pasien hipertensi sehingga angka kejadianya pun bertambah seiring berjalanya waktu. Peran perawat sebagai pendidik pun belum terlaksanakan dengan baik sehingga masalah ini belum terselesaikan. Pada umumnya peran perawat sangatlah penting dalam mengurangi dan mencegah peningkatan penyakit hipertensi, peran perawat tidak hanya sebagai pendidik tetapi juga sebagai motivator, educator kolaborator, advokat, fasilitator, dan konsultan.

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang proposal Asuhan Keperawatan yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut “Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi”?

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Menggambarkan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Hipertensi di wilayah kerja RSUD Ende.

2. Tujuan khusus

- a. Menggambarkan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. E. M dengan diagnosamedik hipertensi
- b. Menggambarkan penegakan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. E. M dengan diagnosa medik hipertensi.
- c. Menggambarkan proses perencanaan keperawatan pada pasien Ny. E. M dengandiagnosa medik hipertensi.
- d. Menggambarkan implementasi keperawatan pada pasien Ny. E. M dengan diagnosamedik hipertensi.
- e. Menggambarkan evaluasi keperawatan pasien Ny. E. M dengan diagnosa medik hipertensi.
- f. Menggambarkan kesenjangan antara teori dengan kasus pada pasien Ny. E. M dengan diagnosa medik hipertensi.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat teoritis.

Manfaat studi kasus pada pasien Hipertensi adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan padapasien dengan hipertensi.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Klien

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan klien sehingga klien mampu mencegah dan menangani penyakit hipertensi.

b. Bagi Rumah Sakit

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

c. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai literatur yang dapat digunakan bagi peneliti yang akan datang dengan perencanaan yang dapat dikembangkan sesuai dengan perkembangan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya (Kemenkes, 2019).

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah seseorang di atas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Hariawan & Tatisina, 2020).

2. Etiologi

Adapun penyebab dari Hipertensi menurut (Nurhidayat, 2015) dapat di kelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu :

a. Hipertensi esensial (hipertensi primer)

Penyebab dari hipertensi esensial belum dapat diketahui, sementara penyebab sekunder dari hipertensi esensial juga tidak ditemukan. Pada hipertensi esensial tidak di temukan penyakit gagal ginjal, maupun penyakit lainnya, genetik setara menjadi bagian dari penyebab timbulnya hipertensi esensial termasuk stres, konsumsi alkohol, merokok, lingkungan dan gaya hidup. Hipertensi primer

dapat di sebabkan oleh faktor berikut ini :

1) Faktor keturunan.

Seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

2) Umur

Jika umur bertambah maka tekanan darah akan meningkat.

3) Jenis kelamin.

Pada umumnya laki-laki lebih tinggi dari perempuan atau lebih dominan terkena hipertensi.

4) Gaya hidup

Gaya hidup yang tidak sehat dapat menyebabkan timbulnya hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi, kegemukan (obesitas), stres, merokok, minuman alkohol, dan minum obat-obatan.

5) Riwayat Keluarga

Jika ada keluarga dekat yang memiliki faktor keturunan hipertensi, maka akan mempertinggi resiko terkena hipertensi pada keturunannya akan meningkat, sehingga tekanan pada dinding arteri menjadi lebih besar.

6) Kurangnya Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik sangat mempengaruhi stabilitas tekanan darah. Pada orang yang tidak aktif melakukan kegiatan fisik cenderung

mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras usaha otot jantung dalam memompadarah, makin besar pula tekanan yang dibebankan pada dinding arteri sehingga meningkatkan aliran perifer yang menyebabkan kenaikan tekanan darah.

b. Hipertensi Sekunder

Penyebabnya dapat diketahui seperti kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid) dan lainnya.

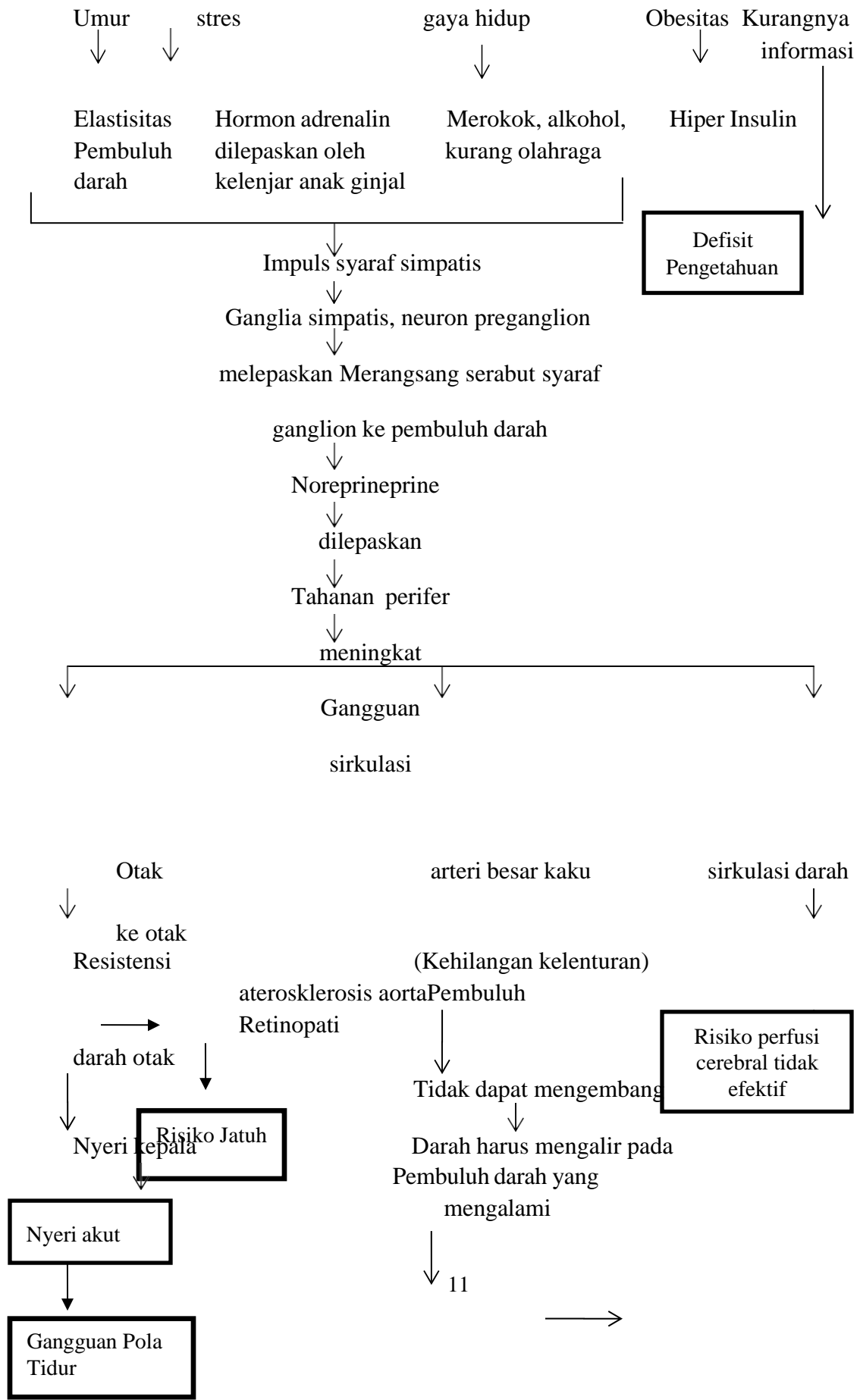
3. Patofisiologi

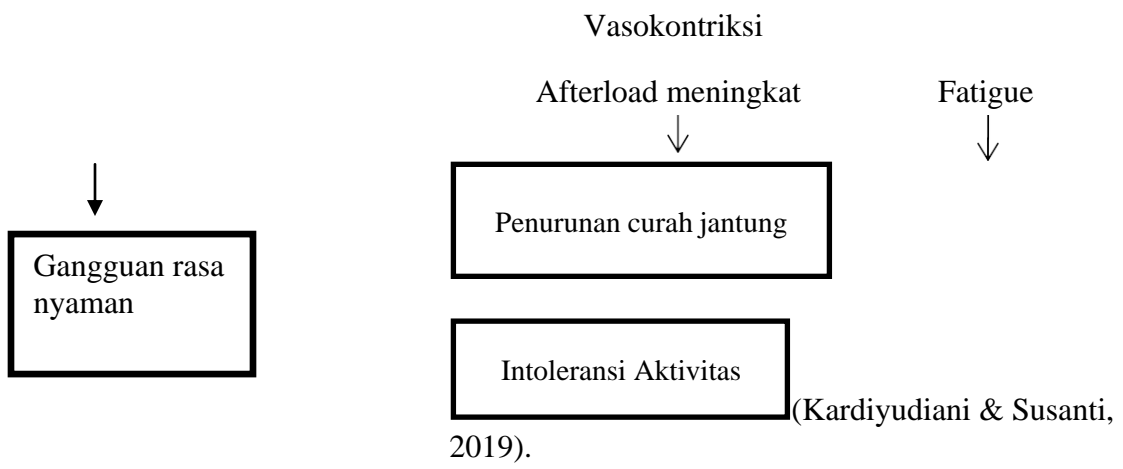
Menurut (Kardiyudiani & Susanti, 2019) Proses atau patofisiologi terjadinya hipertensi diawali dari meningkatnya tekanan darah. Selain itu, hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara sebagai berikut.

- a. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah pada setiap detiknya atau stroke volume.
- b. Arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku, sehingga tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Oleh sebab itu, setiap denyut jantung darah dipaksa melalui pembuluh darah yang sempit dibandingkan biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Hal ini juga terjadi pada usia lanjut, dimana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis.

c. Tekanan darah juga dapat meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) mengerut untuk sementara waktu akibat perangsangan saraf atau hormon di dalam darah.

4. Pathway





5. Manifestasi Klinis

Menurut (Apriyanti Puji Hastuti, 2022) Tanda dan gejalanya sebagai berikut :

- a. Sakit kepala
- b. Jantung berdebar-debar
- c. Panglihatan kabur
- d. Wajah memerah
- e. Mimisan /epistaksis
- f. Telinga berdenging
- g. Rasa berat ditengkuk
- h. Sulit tidur
- i. Cepat marah
- j. Gelisah
- k. Pusing dan mata berkunang-kunang.

6. Komplikasi

Menurut (Andra Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri, 2016) sebagai berikut :

- a. Merusak ginjal

Hipertensi menjadi salah satu penyebab penyakit ginjal kronis.

Hipertensi membuat ginjal harus bekerja lebih keras, akibatnya sel-sel pada ginjal akan lebih cepat rusak.

- b. Merusak kinerja otak

Kinerja otak juga bisa terganggu akibat pembentukan lepuh kecil (neurisma) yang menyebabkan terjadinya stroke dan gagal jantung

karena terjadi penyempitan dan pengerasan pembuluh-pembuluh darah di jantung.

c. Merusak kinerja jantung,

Tekanan darah tinggi dan tidak didapatkan pengobatan dan pengontrolan secara rutin dapat membawa penderita menyebabkan kematian.

d. Menyebabkan kerusakan mata

Gangguan tekanan darah akan menyebabkan perubahan dalam retina pada belakang mata. Pemeriksaan mata pada pasien hipertensi berat dapat mengungkapkan kerusakan. Penyempitan pembuluhpembuluh darah kecil, kebocoran darah kecil pada retina dan menyebabkan terjadinya pembengkakan saraf mata. Dari jumlah kerusakan mata dapat diukur keparahan hipertensi.

e. Menyebabkan retensi pembuluh darah

Orang yang terkena hipertensi akut biasanya mengalami kekakuan yang meningkat atau resistensi pada pembuluh darah diseluruh jaringan tubuhnya. Peningkatan beban kerja ini dapat menjurus pada kelainan jantung, yang pertama kali terlihat adalah pembesaran otot jantung.

f. Menyebabkan stroke

Hipertensi yang tidak terkontrol dapat menyebabkan stroke yang dapat mengakibatkan kerusakan otak dan saraf. Stroke umumnya disebabkan oleh kebocoran darah atau gumpalan darah dari pembuluh

darah yang mensuplai darah ke otak. Pencegahan yang terbaik untuk komplikasi Hipertensi dengan mengontrol tekanan darah.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan laboratorium menurut Kemkes 2016 dikutip dalam (Kardiyudiani & Susanti, 2019).

- a. Hemoglobin / hematokrit: Dapat mengkaji dari hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti anemia.
- b. BUN/kreatinin : Dapat memberikan informasi tentang perfusi/ fungsi ginjal.
- c. Glukosa : Hiperglikimia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketakolamin.
- d. Urinalisan : untuk mengkaji tekanan darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya DM.
- e. EKG : menunjukkan pola regangan, dimana luas dan peninggian gelombang. Padahal salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.
- f. Foto Thoraks : mengkaji adanya pembesaran jantung.

Kolesterol dan trigliserida serum : Peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatous.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien Hipertensi menurut (Sutarga, 2017).

- a. Penatalaksanaan Keperawatan

Menjalani pola hidup sehat telah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan

dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain :

1) Penurunan berat badan

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

2) Mengurangi asupan garam.

Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr/hari.

3) Olahraga.

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

4) Mengurangi konsumsi alkohol.

Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah.

5) Berhenti merokok

b. Penatalaksanaan Medis

Terapi farmakologi yaitu dengan mengonsumsi obat hipertensi

yang dianjurkan yang bertujuan agar tekanan darah pada penderita hipertensi tetap terkontrol dan mencegah komplikasi. Jenis obat anti hipertensi yang sering digunakan adalah sebagai berikut:

1) Diuretika

Diuretika adalah obat yang memperbanyak kencing, mempertinggi pengeluaran garam (NaCl). Obat yang sering digunakan adalah obat yang daya kerjanya panjang sehingga dapat digunakan dosis tunggal, diutamakan diuretika yang hemat kalium.

Obat yang banyak beredar adalah Spironolactone, HTC, Chlortalidone dan Indopamide.

2) Beta-blocker

Mekanisme kerja obat ini adalah melalui penurunan laju nadi dan daya pompa jantung, sehingga mengurangi daya dan frekuensi kontraksi jantung. Dengan demikian tekanan darah akan menurun dan daya hipotensinya baik. Obat yang termasuk jenis Beta-blocker adalah Propranolol, Atenolol, Pindolol dan sebagainya.

3) Calcium Channel Blockers (CCB)

Calcium channel blocker (CCB) adalah menghambat masuknya kalsium ke dalam sel pembuluh darah arteri, sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer. Yang termasuk jenis obat ini adalah Nifedipine Long Acting, dan Amlodipin.

4) Golongan antihipertensi lain

Penggunaan penyekat reseptor alfa perifer adalah obat-obatan yang bekerja sentral, dan obat golongan vasodilatator pada populasi lanjut usia sangat terbatas, karena efek samping yang signifikan. Obat yang termasuk Alfa perifer adalah Prazosin dan Terazosin.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

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

a. pengumpulan Data

1) Biodata Pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, agama dan alamat. Identitas penanggung jawab meliputi : nama, jenis kelamin, agama, alamat dan hubungan dengan pasien.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan yang membuat seseorang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan seperti nyeri kepala yang berlebihan dan lain sebagainya.

b) Riwayat kesehatan sekarang :

Keluhan yang dirasakan saat perawat mengkaji. Pada sebagian besar pasien dengan hipertensi menimbulkan gejala sakit

kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudahlelah, dan impotensi.

c) Riwayat kesehatan dahulu.

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

d) Riwayat kesehatan keluarga.

Biasanya ada riwayat keluarga (keturunan) yang menderita hipertensi.

3) Pemeriksaan pola kesehatan

Menurut (Nurhidayat, 2015) sebagai berikut :

a) Pola persepsi kesehatan

Persepsi yang buruk terhadap penyakit dapat menghambat respon kooperatif pada diri pasien.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

Pada pasien dengan hipertensi mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi garam, lemak serta kolesterol, mual, muntah dan perubahan berat badan (meningkat atau menurun).

c) Pola Eliminasi

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

d) Pola Aktivitas / Latihan

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, kelelahan, sesak nafas, gaya hidup monoton.

e) Pola Istirahat-Tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia, karena kebisingan, dan karena gangguan di sirkulasi otak seperti nyeri.

f) Pola Presepsi Kognitif

Ditemukan adanya keluhan seperti pusing atau pening, berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), gangguan penglihatan berupa penglihatan ganda, penglihatan kabur). Ditemukan adanya nyeri dada, sakit kepala serta nyeri pada tengkuk.

g) Pola Presepsi diri-Konsep diri

Pada pasien hipertensi ditemukan adanya riwayat perubahan kepribadian, ansietas, marah, faktor stres multiple hubungan, keuangan yang berkaitan dengan pekerjaan letupan suasana hati, gelisah dan tangisan meledak.

h) Pola Hubungan dan Peran

Hubungan pasien dengan keluarganya dan peran pasien di keluarganya apa sehingga meningkatkan tekanan darah.

i) Pola Reproduksi-seksual

Gangguan dibagian genetalia dan apakah menggunakan KB

sehinggaterjadinya peningkatan tekakan darah.

j) Pola Toleransi Stres-Koping

Bagaimana cara mengatasi jika mengalami stress yang berkaitan denganpekerjaan maupun masalah keluarga.

k) Pola Kepercayaan. Tanggapan pasien tentang penyakitnya.

4)Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum :

kesadaran composmentis, GCS 15.

b) Tanda-tanda vital :

Tekanan darah , Suhu , Nadi, Pernapasan, Saturasi Oksigen.

c) Pemeriksaan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi).

Kepala dan muka, Mata, Hidung, Mulut, Telinga, Leher, Dada, Abdomen, Ekstermitas

b. Tabulasi Data

Data-data yang bermasalah yang ditemukan saat pengkajian yang di dapat dari hasil wawancara pasien dan keluarga. Adapun didapat dari pemeriksaan penunjang dan hasil observasi atau pemeriksaan fisik dari perawat. Sakit kepala, Gelisah, Jantung berdebar-debar, Pusing, Panglihatan kabur, Rasasesak di dada, dan Mudah lelah.

c. Klasifikasi Data

Data yang didapat di tabulasi data sehingga di klasifikasi data ini akan memisahkan data subjektif dan objektif.

DS : pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah

beraktivitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, penglihatan kabur

DO : kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah, suhu dingin, sianosis, distensi vena jugularis. Bunyi napas tambahan, mukosa bibir tampak pucat/kering, pengisian kapiler lambat.

d. Analisa Data

Data subjektif dan data objektif yang dipisahkan dari klasifikasi data sehingga di analisa data akan menemukan masalah, penyebab sesuai tanda dan gejala dari klasifikasi data. Menurut (PPNI, 2017) analisa data dibedakan berdasarkan sign/symptom, etiologi, problem. Berdasarkan hasil analisa maka masalah keperawatan yang diangkat pada pasien hipertensi ada 7 masalah yaitu :

1) Risiko Penurunan curah jantung

Data subjektif : mengeluh lemah ,dispnea

Data objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refiltime > 3detik ,warna kulit pucat atau sianosis.

2) Resiko perfusi serebral tidak efektif

Data subjektif : penurunan kinerja ventrikel kiri

Data objektif : tidak tersedia

3) Nyeri Akut

Data subjektif : mengeluh nyeri

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

4) Intoleransi aktivitas

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

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

5) Gangguan Pola Tidur

Data Subyektif : mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak puas
tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup,
dan kemampuan beraktivitas menurun.

Data Objektif : klien tampak kantung mata hitam dan selalu meguap.

6) Risiko Jatuh.

Data Subyektif : klien mengeluh
penglihatan kabur Data Obyektif :
menggunakan tongkat

7) Gangguan aman nyaman

Data subjektif : mengeluh tidak nyaman, mengeluh sulit tidur, tidak
mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal,

mengeluh mual, mengeluh lelah.

Data objektif : gelisah, menunjukkan gejala distress, tampak meringis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, dan iritabilitas.

8) Defisit pengetahuan

Data subjektif : tidak tersedia

Data objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis bermusuhan, agitasi, histeria).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017) yaitu:

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

Data subjektif : mengeluh lemah ,dispnea

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

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri yang ditandai dengan :

Data subjektif : penurunan kinerja

ventrikel kiri
Data objektif : tidak tersedia

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

Data subjektif : mengeluh nyeri

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

- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan :

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

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

- e. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan.

Data Subyektif : mengeluh sulit tidur, sering terjaga, tidak puas tidur, pola tidur berubah, istirahat tidak cukup, dan kemampuan beraktivitas menurun.

Data Objektif : klien tampak kantung mata hitam dan selalu meguap.

- f. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan.

Data Subyektif : klien mengeluh penglihatan kabur.

Data Obyektif menggunakan tongkat

- g. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Data subjektif : mengeluh tidak nyaman, mengeluh sulit tidur, tidak mampu rileks, mengeluh kedinginan/kepanasan, merasa gatal, mengeluh mual, mengeluh lelah.

Data objektif : gelisah, menunjukkan gejala distress, tampak meringis, pola eliminasi berubah, postur tubuh berubah, dan iritabilitas.

- h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi yang ditandai dengan :

Data subjektif : tidak tersedia

Data objektif : menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis bermusuhan, agitasi, histeria).

3. Intervensi Keperawatan

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

- a. Risiko Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah penurunan curah jantung teratasi dengan kriteria hasil: (PPNI, 2019)

- 1) Bradikardia menurun(5)
- 2) Takikardia menurun(5)
- 3) Dispnea menurun (5)
- 4) Pucat/sianosis menurun (5) Lelah menurun (5)
- 5) Tekanan darah membaik (5)
- 6) Capillary refill time (CRT)

membaik (5)Intervensi :

Perawatan jantung

1) Observasi

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

R : kejadian mortalitas dan morbiditas sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama.

b) Identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, batuk, dan kulit pucat).

R : mengetahui komplikasi penyakit dan untuk mengurangi tanda dan gejala itu terjadi.

c) Monitor tekanan darah

R : perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vascular..

d) Monitor intake dan output cairan

R : ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorpsi natrium dan cairan, output urine biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila klien tidur.

e) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama

R : mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan

pola makan klien

f) Monitor saturasi oksigen

R : mengurangi kesulitan bernapas dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung yang dapat mengurangi kongesti paru.

g) Monitor keluhan nyeri dada

R : mengetahui tanda dan gejala penurunan curah jantung.

h) Monitor EKG

R : depresi segmen ST dan datarnya gelombang T dapat terjadi karena peningkatan kebutuhan oksigen.

i) Monitor nilai laboratorium jantung.

R : mengetahui perubahan jantung dalam tubuh.

2) Terapeutik

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

R : mengurangi kesulitan bernapas dan mengurangi jumlah darah yang kembali ke jantung yang dapat mengurangi kongesti paru.

b) Berikan diet jantung yang sesuai (misalnya batasi asupan kafein, natrium,, dan makanan tinggi lemak).

R ; mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan klien.

c) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat

R : membantu agar pasien hidupnya lebih sehat.

d) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress,jika perlu

R ; dapat menurunkan rangsangan yang menimbulkan stress, membuat efek tenang, sehingga akan menurunkan tekanan darah.

e) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%.

R : meningkatkan sediaan oksigen untuk kebutuhan miokrdium melawan efek hipoksia/iskemia.

3) Edukasi

a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

R : mengurangi terjadinya kaku pada otot dan tulang

b) Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap

R : menghindari terjadinya kaku pada tubuh

c) Anjurkan berhenti merokok

R : menurangi terjadinya komplikasi

d) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian

R : mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan klien.

e) Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian.

R : ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsosbsi natrium dan cairan, output urine biasanya menurun

selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah kembali ke sirkulasi bila klien tidur.

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

R : untuk meningkatkan curah jantung, menurunkan volume sirkulasi dan tahan vaskuler sistemik/kerja ventrikel.

b) Rujuk ke program rehabilitasi jantung

R : mendapatkan pengobatan lebih baik.

b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : (PPNI, 2019).

1) Tekanan intra kranial menurun (5)

2) Sakit kepala menurun (5)

3) Gelisah menurun (5)

4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)

5) Kesadaran membaik. (5)

Intervensi : **Manajemen peningkatan tekanan intrakranial**

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).

R: mengkaji status neurologis.

b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas).

R : mengetahui peningkatan tekanan darah, sesak napas, dan kesadaran.

c) Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, CPP, Monitor status pernapasan

R : mengetahui kondisi keadaan umum klien dan untuk mengetahui adanya peningkatan tekanan darah.

d) Monitor intake dan output cairan

R : mengurangi terjadinya penumpukan cairan dan kekurangan cairan

e) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna dan konsistensi)

R : mengetahui cairan bening yang mengalir di sekitar otak serta sumsum tulang belakang.

2) Terapeutik

a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.

R : mengurangi stress dan nyeri

b) Berikan posisi semi fowler

R : membantu klien lebih tenang saat istirahat

c) Cegah terjadinya kejang

R : membantu mengurangi kejang

d) Hindarian pemberian cairan IV hipotonik

R : menghindari agar tidak terjadinya syok

e) Atur ventilator agar PaCo₂ optimal

R : mengurangi karbondioksida dalam tubuh

f) Pertahankan suhu tubuh normal

R : agar tidak terjadinya hipertermi dan hipotermi.

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsa, jika perlu

R : membantu memulihkan kondisi klien

b) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu

R : menurunkan tekanan darah

c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

R : membantu agar tidak terjadinya konstipasi.

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

1) Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : (PPNI, 2019).

Keluhan nyeri menurun (5)

2) Tampak meringis menurun (5)

3) Gelisah menurun (5)

4) Sikap proktektif menurun (5)

5) Kesulitan tidur menurun (5)

6) Ketegangan otot menurun (5)

7) Pola napas membaik (5)

Intervensi : **Manajemen nyeri**

1) Observasi

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

R: Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus di gambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif.

b) Identifikasi skala nyeri

R : Penelitian tentang kompetensi perawat dalam mengkaji nyeri dihubungkan dengan penggunaan skala ukur dan ditunjukkan dengan keefektifan kemampuan perawat adalah sangat signifikan.

c) Identifikasi respons nyeri non verbal

R : Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien saat proses pemulihan, biasanya klien akan gelisah, sulit untuk fokus, ekspresi wajah meringis.

d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R : mengetahui faktor apa yang memperberat dan memperingan nyeri

e) Identifikasi pengetahuan tentang nyeri

R : mengetahui pemahaman klien tentang nyeri

f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri

R : mengetahui budaya klien jika nyeri

g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

R : mengetahui pengaruh jika nyeri dalam hidup klien

h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

R : mengetahui keberhasilan jika melakukan terapi non farmakologi

i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

R : mengetahui apa saja analgetik yang digunakan.

2) Terapeutik

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

R : Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorphen.

b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan , pencahayaan, kebisingan,).

R : lingkungan mempengaruhi kualitas nyeri, ciptakan lingkungan yang tenang untuk mengurangi peningkatan nyeri dan mampu menurunkan reaksi terhadap stimulus dari luar sehingga istirahat atau relaksasi dapat tercukupi.

c) Fasilitas istirahat dan tidur

R : Kelelahan dapat mengganggu toleransi terhadap nyeri.

Periode istirahat dapat menghemat energy, menurunkan kelemahan, dan meningkatkan kemampuan coping.

d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

R : membantu mengurangi rasa nyeri

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

R : Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R : menjelaskan cara meredakan nyeri

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

R : menganjurkan klien monitori nyeri sendiri

d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R:menganjurkan menggunakan analgesic berfungsi untuk memblokir reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan.

e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

R : mengajarkan cara nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri,
Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorphin

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

R : Analgesic berfungsi untuk memblokir reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan.

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan 3 x 24 jam di harapkan masalahintoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil:

(PPNI, 2019).

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

Intervensi **Manajemen energi**

1) Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

R : mengkaji respon fisiologis terhadap stress aktivitas dan bila ada merupakan indicator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkat aktivitas.

- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R : mengetahui kelelahan fisik dan emosional

- c) Monitor pola dan jam tidur

R : mengetahui kecukupan tidur dan istirahat klien dalam batas normal dan menghindari kelelahan akibat kurang istirahat.

- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

R : mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan pasien.

2) Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

R : membantu memberikan pengertian kepada klien penyebab, periode dan pemicu nyeri.

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R : membantu menjelaskan cara meredakan nyeri

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

R : menganjurkan klien memantau nyeri sendiri

d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R : menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat dan benar.

e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

R : mengajarkan cara nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri

3) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

R : melakukan kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk menangani nyeri pada klien.

e. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

diharapkan masalah gangguan pola tidur meningkat dengan kriteria

Hasil : (PPNI, 2019).

1) Keluhan sulit tidur menurun (1)

2) Keluhan sering terjaga menurun (1)

3) Keluhan tidak puas tidur menurun (1)

4) Keluhan pola tidur berubah menurun (1)

5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun (1)

6) Kemampuan beraktivitas meningkat (1)

Intervensi : **Dukungan Tidur**

1) Observasi

a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur.

R : mengetahui pola aktivitas dan tidur klien

b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)

R : mengetahui faktor pengganggu tidur

c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
(misalnya kopi, teh, alcohol, makanan mendekati waktu tidur,
minum banyak air sebelum tidur).

R : mengetahui makanan dan minuman pengganggu tidur

d) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

R : mengetahui penggunaan obat tidur apa yang dikonsumsi.

2) Terapeutik

a) Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan,
suhu,matras, dan tempat tidur)

R : membantu memodifikasi tempat tidur

b) Batasi waktu tidur siang, jika perlu

R : mengajarkan batasi waktu tidur siang

c) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

R : mengetahui peningkatan efek relaksasi yang diperoleh dari
aktivitas sebelum tidur.

d) Tetapkan jadwal tidur rutin

R : membantu buarkan jadwal tidur agar lebih rutin.

- e) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
(misl. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

R : melakukan pijatan, terapi agar istirahat lebih nyaman

- f) Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk
menunjang siklus tidur terjaga.

R : memberikan obat sesuai jadwal

3) Edukasi

- a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

R : menjelaskan pentingnya tidur yang cukup

- b) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

R : menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

- c) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu
tidur.

R : menganjurkan menghindari makanan dan minuman
mengganggu tidur

- d) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung
supresor terhadap tidur REM

R : menganjurkan penggunaan obat jangan sampai mengganggu
tidur

- e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan
pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift
bekerja).

R : mengajarkan faktor pengganggu tidur

f) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmalologi lainnya.

R : membantu menginduksi tidur.

f. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

diharapkan masalah risiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria Hasil :

(PPNI, 2019).

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun (1)
- 2) Jatuh saat berdiri menurun (1)
- 3) Jatuh saat duduk menurun (1)
- 4) Jatuh saat berjalan menurun (1)
- 5) Jatuh saat dipindahkan menurun (1)
- 6) Jatuh saat naik tangga menurun (1)
- 7) Jatuh saat dikamar mandi menurun (1)
- 8) Jatuh saat membungkukmenurun (1)

Intervensi : **Pencegahan Jatuh**

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

R : mengetahui resiko jatuh dan mengurangi hal-hal yang menyebabkan jatuh.

b) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

R : mengetahui resiko jatuh setiap shift

c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (misalnya lantai licin, penerangan kurang).

R : mengetahui lingkungan yang menyebabkan risiko jatuh

d) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misl. Fall morse scale, humpty dumpty scaler) jika perlu

R : membantu menghitung skala risiko jatuh

e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.

R : mengetahui kemampuan berpindah untuk mengurangi jatuh

2) Terapeutik

a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

R : mengorientasikan ruangan pada klien dan keluarga

b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.

R : mengurangi risiko jatuh

c) Pasang handrail tempat tidur

R : mengurangi risiko jatuh

d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah

R : mengurangi resiko jatuh

- e) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
R : mengurangi resiko jatuh
- f) Gunakan alat bantu berjalan (misl. Kursi roda dan walker).
R : mengurangi risiko jatuh

3) Edukasi

- a) Anjurkan memanggil perawat, jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
R : menganjurkan untuk membantu mengurangi resiko jatuh
- b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
R : membantu menghindari nyeri
- c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
R : menganjurkan untuk mengurangi resiko jatuh
- d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
R : menganjurkan mengurangi resiko jatuh
- e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
R : mengajarkan untuk tidak jatuh

g. Gangguan rasa nyaman berhubungan gejala penyakit

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil: : (PPNI, 2019)

- 1) Keluhan tidak nyaman menurun (5)

- 2) Gelisah menurun (5)
- 3) Kebisingan menurun (5)
- 4) Keluhan sulit tidur menurun (5)
- 5) Gatal, mual, lelah, meringis, menangis menurun (5)
- 6) Iritabilitas menurun (5)
- 7) Pola eliminasi dan pola hidup menurun (5)

Intervensi : Manajemen Nyeri

1) Observasi

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

R: Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus di gambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif.

- b) Identifikasi skala nyeri

R : Penelitian tentang kompetensi perawat dalam mengkaji nyeri dihubungkan dengan penggunaan skala ukur dan ditunjukkan dengan keefektifan kemampuan perawat adalah sangat signifikan.

- c) Identifikasi respons nyeri non verbal

R : Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien saat proses pemulihan, biasanya klien akan gelisah, sulit untuk fokus, ekspresi wajah meringis.

- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R : mengetahui faktor apa yang memperberat dan memperingan

nyeri

e) Identifikasi pengetahuan tentang nyeri

R : mengetahui pemahaman klien tentang nyeri

f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri

R : mengetahui budaya klien jika nyeri

g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

R : mengetahui pengaruh jika nyeri dalam hidup klien

h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

R : mengetahui keberhasilan jika melakukan terapi non farmakologi

i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

R : mengetahui apa saja analgetik yang digunakan.

2) Terapeutik

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

R : Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorfin.

b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis suhu ruangan , pencahayaan, kebisingan,).

R : lingkungan mempengaruhi kualitas nyeri, ciptakan lingkungan yang tenang untuk mengurangi peningkatan nyeri dan mampu menurunkan reaksi terhadap stimulus dari luar

sehingga istirahat atau relaksasi dapat tercukupi.

c) Fasilitas istirahat dan tidur

R : Kelelahan dapat mengganggu toleransi terhadap nyeri. Periode istirahat dapat menghemat energy, menurunkan kelemahan, dan meningkatkan kemampuan coping.

d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

R : membantu mengurangi rasa nyeri

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

R : Memberikan penjelasan akan menambah pengetahuan klien dan keluarga.

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R : menjelaskan cara meredakan nyeri

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

R : menganjurkan klien monitori nyeri sendiri

d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R:menganjurkan menggunakan analgesic berfungsi untuk memblokir reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan.

e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

R : mengajarkan cara nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri, Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan

pelepasan endorfin

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

R : Analgesic berfungsi untuk memblokir reseptor nyeri sehingga nyeri tidak dapat dipersepsikan.

h. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam

diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria Hasil :

(PPNI, 2019).

1) Menjalani pemeriksaan tidak tepat meningkat (1)

2) Perilaku membaik

Intervensi : **Edukasi kesehatan**

5) Observasi

a) Identifikasi kesiapan dari kemampuan menerima informasi

R : dengan identifikasi kesiapan pasien dapat menentukan teknik penyampaian pendidikan kesehatan.

b) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

R : dengan identifikasi faktor-faktor yang meningkatkan motivasi dapat memacu semangat merubah perilaku sehat.

2) Terapeutik

a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

R : adanya materi dan media dapat memeperjelas penyampaian

pendidikan kesehatan.

b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

R : adanya kesepakatan waktu pendidikan kesehatan pasien lebih siap dan tidak mengganggu waktu pasien.

c) Berikan kesempatan untuk bertanya.

R : kesempatan bertanya meningkatkan pemahaman pasien tentang materi pendidikan kesehatan.

3) Edukasi

a) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

R : mengetahui faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah kesehatan.

b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

R : menerapkan perilaku hidup sehat dan bersih meningkatkan kualitas hidup keluarga.

c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

R : mengajarkan strategi untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dapat menambah minat/motivasi dalam keluarga.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan

hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan di lakukan dan di selesaikan, sebagaimana di gambarkan dalam rencana yang sudah di buat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Studi Kasus

Jenis penelitian yang digunakan dalam kasus ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan masalah Hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implemetasi dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek studi kasus sejumlah satu orang klien Ny. E.M yang diamati secara mendalam. Subyek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah satu orang klien (1 kasus) dengan diagnose medis Hipertensi yang dirawat diruangan RPD III di RSUD Ende, serta semua kolaborasi perawat dengan tenaga kesehatan lainnya.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Defenisi operasional adalah defenisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefenisikan tersebut. Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul studi kasus, penulis sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian tersebut.

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung pada klien pada awal pengkajian (pengumpulan data, tabulasi data, klasifikasi data,

analisa data, dan prioritas masalah), diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

2. Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90mmHg atau keduanya. (Kemenkes, 2019)

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilakukan 3 hari pada tanggal 21 Juli hingga 23 Juli tahun 2023 di ruangan RPD III RSUD Ende beralamat di Jalan.Prof.Dr.W.Z.Yohannes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, kabupaten Ende.

E. Metoda/ Prosedur Studi Kasus

Tahap awal prosedur penulisan diawali dengan konsultasi Judul proposal, setelah disetujui dilakukan penyusunan proposal. Setelah proposal di Acc oleh pembimbing selanjutnya dilakukan ujian proposal. Selanjutnya mengajukan surat permohonan izin di Direktur RSUD Ende, Kepala Ruangan Penyakit Dalam III dan izin pada subyek studi kasus. Setelah itu dilanjutkan dengan studi kasus yang diawali dengan pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik pada klien. Selanjutnya ditabulasi data, klasifikasi data ,analisis data untuk merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan dan melakukan implemntasi hingga evaluasi. Tahap selanjunya yaitu dilakukan ujian KTI.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu:

1. Wawancara

Hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarga, pola kebiasaan dan lain-lain.

Sumber data dari klien dan keluarga.

2. Observasi / pengamatan

Metode pengamatan terlihat adalah observasi partisipasif. Pengamat benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki misalnya memberikan tindakan keperawatan yang dibutuhkan oleh klien dengan masalah Hipertensi. Pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (IPPA) dan pemeriksaan TTV.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan foto thoraks, EKG, hemoglobin, dan urin.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian

Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Tensimeter, Stetoskop, dan

Termometer.

H. Keabsahan Data

Kebasahan data merupakan rancangan penting yang dipengaruhi dari rancangan yang valid dan actual. Keabsahan yang dilakukan dengan pengambilan data primer dan sekunder. Data primer yakni sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber aslinya berupa wawancara dari individu (klien) maupun hasil observasi dari suatu objek dan kejadian. Data sekunder berisi sumber data penelitian melalui perantara atau secara tidak langsung seperti data dari keluarga.

I. Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak awal melakukan studi kasus di lapangan, sewaktu pengumpulan data hingga data-data yang diperlukan terkumpul.

Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, kemudian dibandingkan dengan teori yang telah didapatkan dan selanjutnya dalam bentuk pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara yang dilakukan secara mendalam untuk menjawab semua pertanyaan dari rumusan masalah studi kasus

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah daerah yang berada di jalan Sam Ratulangi. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan salah satunya adalah Ruang Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Ruang Penyakit Dalam III, terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 18, yang terdiri dari kelas A berjumlah 7 bed, kelas B berjumlah 7 bed, dan kelas C berjumlah 4 bed, dimana ruangan C yang merawat pasien dengan penyakit menular, dengan tenaga perawat sebanyak 18 orang, yang terdiri dari, diploma 3 berjumlah 17 orang, strata I berjumlah 1 orang, dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala ruangan.

2. Gambaran Subyek Studi Kasus

Pasien Ny. E. M, umur 40 tahun, beragama Katolik. Pasien rawat di RPD III pada tanggal 21 Juni 2023 jam 12:00 WITA dengan keluhan pusing, sakit kepala, kram dibagian ekstermitas kiri. Pekerjaan klien adalah Petani. Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 21 Juni 2023. Subyek dalam penelitian ini adalah satu orang klien dengan

penyakit Hipertensi.

3. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Klien Ny. E. M, rawat di RPD III pada tanggal 21 Juni 2023 jam 12:00 dengan diagnosa medik Hipertensi Grade 2. Tindakan yang telah dilakukan selama di ruang tindakan adalah pemberian terapi Amlodipin 1x10 mg/oral, Citicoline 2x500 mg/oral, Parasetamol 3x750 mg/oral. Klien mengalami pusing, sakit kepala, kram dibagian ekstermitas kiri, nyeri kepala seperti ditusuk, hasil observasi tanda vital: tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22 x/mnt, terpasang infus NaCl 20 tpm.

1) Pengumpulan Data

a) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Klien mengatakan bahwa memiliki riwayat hipertensi 3 tahun yang lalu sejak klien berusia 37 tahun dengan tekanan darah biasanya 140 hingga 150 tetapi klien tetap mengonsumsi makan-makanan yang tinggi natrium, berlemak, dan minuman kafein. Kalau sakit klien berobat di Puskesmas Rewarangga. Klien tidak teratur minum obat anti hipertensi yang diberikan dari Puskesmas. Klien tidak teratur datang kontrol di Puskesmas Rewarangga.

b) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat dikaji tanggal 21 Juni 2023, klien mengeluh pusing,

lemah, sakit kepala, kram di ekstermitas bagian kiri dan sulit tidur. Nyeri kepala seperti ditusuk ketika banyak berpikir dan kurang istirahat. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, tampak ada kantung mata hitam, selalu menguap dan tidak fokus saat berbicara skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36 °C, RR 22 x/mnt.

c) Pengkajian Pola Kesehatan

(1) Pola Persepsi Kesehatan-Pola Pemeliharaan Kesehatan

Klien mengatakan ia selalu memperhatikan kesehatannya. Klien mandi 2 kali sehari untuk menjaga kebersihan dirinya. Bila sakit klien segera memeriksakan dirinya ke Puskesmas. Saat ini klien menderita sakit, klien mengalami tensi darah tinggi, kepala terasa sakit, pusing, lemah, sulit tidur dan kram dibagian ekstermitas kiri. Klien mengatakan kalau penyakitnya mungkin karena perilaku dan kebiasaannya yang tidak teratur minum obat anti hipertensi.

(2) Pola Nutrisi-Metabolik

Klien mengatakan makan 3 kali sehari, pagi, siang dan malam, menunya nasi, pisang, ubi, sayur, ikan, telur, tempe tahu kadang-kadang juga daging. Tidak ada makanan pantangan. Klien minum 5-6 gelas/hari (1000-1200 cc), minumannya air putih, berat badan 50 Kg, tinggi badan 150

cm. Saat ini klien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan 3/4, nafsu makan baik, Klien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 50 Kg, TB 150 cm.

(3) Pola Eliminasi.

Klien mengatakan ia biasa BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak, warna kuning, tidak mengalami gangguan saat BAB. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning, urin lancar, tidak rasa nyeri saat berkemih. Saat ini klien BAB 1-2 kali sehari. Sedangkan BAK 2-3 kali sehari, warna kuning, jumlah \pm 500 cc. Klien berkemih secara spontan.

(4) Pola Aktivitas-Istirahat.

Klien mengatakan sehari-hari ia bekerja di kebun. Klien tidak mengalami sesak napas, nyeri dada, nyeri tengkuk, lemah saat beraktivitas. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Saat ini klien mengatakan mampu melakukan secara mandiri seperti makan, minum, berpakaian, mandi, toileting, berpindah hanya keluarga klien masih membantu takut klien jatuh atau pusing.

(5) Pola Tidur dan Istirahat.

Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa tidur malam dari jam 20:00-04:00. Klien terbangun pada malam hari bila ingin berkemih. Klien tidur siang dari jam 14.00-15.00.

Sebelum tidur malam klien bercerita dengan keluarganya atau menonton TV. Klien mengatakan saat ini ia susah tidur dan sering terbangun pada malam hari karena sakit kepala dan pusing. Klien tidur malam dari jam 20.00-05.00 namun bila terbangun klien sulit untuk tidur kembali. Klien juga tidur siang dari jam 13.00-14.00. Klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara.

(6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori.

Sebelum sakit klien mengatakan sering merasa nyeri kepala dan hilang timbul. Saat sakit klien mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk dan tidak hilang dengan skala nyeri sedang (4-6), kram bagian ekstermitas kiri dan tampak meringis.

(7) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Sebelum sakit gambaran diri: klien menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu pemberian dari tuhan, identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggal, harga diri: klien mengatakan dia selalu dihargai oleh suami dan keluarganya, peran diri: klien mengatakan di rumah ada anak dan suami dalam satu keluarga, ideal diri: klien mengatakan dia adalah seorang istri dan seorang ibu rumah tangga, saat sakit gambaran diri: klien menyukai semua

bagian tubuhnya, karena itu pemberian dari tuhan, identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggal, harga diri: klien mengatakan senang karena perawat dan dokter menghargainya, peran diri: klien mengatakan saat ini adalah seorang pasien, ideal diri: klien ingin cepat sembuh dan kembali berkumpul dengan keluarga.

(8) Pola Reproduksi dan Seksual.

Klien mengatakan ia telah berkeluarga dan memiliki 2 orang anak. Ia tidak mengalami gangguan dengan alat reproduksinya. Klien mengatakan pernah menggunakan KB suntik, tetapi sekarang klien sudah tidak menggunakannya. Klien mengatakan ia dan suaminya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain. Klien mengatakan saat ini ia tidak mengalami gangguan dengan alat reproduksinya.

(9) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama.

Klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu bagi kedua anaknya. Ia bekerja sebagai seorang Petani. Klien selalu berhubungan baik dengan sesama tetangganya dan berhubungan harmonis dengan anggota keluarganya. Klien mengatakan saat ini ia tetap menjalin hubungan yang harmonis dengan keluarganya.

(10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress.

Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. Saat ini klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

(11) Pola Sistem Nilai-Kepercayaan.

Klien mengatakan ia beragama Katolik dan rajin pergi gereja. Klien percaya pada Tuhan dan menyerahkan seluruh hidupnya pada Tuhan. Saat ini klien tidak bisa ke gereja karena masih dirawat di Rumah Sakit. Klien hanya berdoa dalam hati dan memohon kesembuhan pada Tuhan melalui tangan dokter dan perawat.

d) Pemeriksaan Fisik

Klien tampak sadar penuh, nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36 °C, RR 22 x/mnt, rambut halus berwarna merah, tidak nyeri tekan, tidak ada masalah di kepala, wajah meringis, pucat, kantung mata hitam, klien tampak selalu menguap, tidak fokus saat bicara, bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemi, sklera tidak ikterik, tidak dilatasi pupil,

tidak ada polip di hidung, bentuk hidung simetris, mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada pembesaran vena jugularis, leher tidak kaku kuduk, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid, bentuk dada simetris, frekuensi jantung 80 x/mnt, irama cepat dan teratur, tidak ada rales, irama napas teratur, bunyi napas normal, tidak nyeri tekan abdomen, tidak ada oedem pada ekstremitas, terpasang infus NaCl 20 tpm.

c) Data Penunjang

(1) Pemeriksaan Laboratorium.

Tanggal 21 Juni 2023 Pukul : 17:06 WITA Darah :

Hb : 11,8 g/dl Normal : 11,7-15,5 g/dl.

(2) Ct Scan

Kesan : infark pada corona radiata kanan dan nucleus lentiformis kanan dan tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

d) Terapi

Terapi dan obat-obatan yang diminum klien ialah Amlodipin 1x10 mg/oral untuk menurunkan tekanan darah, Citicoline 2x500 mg/oral, Amlodipin dan Citicoline merupakan golongan obat antihipertensi dengan mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah lancar tanpa ada tekanan dan menurunkan tekanan darah. Parasetamol 3x750 mg/oral. Parasetamol merupakan golongan analgesik membantu dalam memblokir rangsangan nyeri ke otak dan memberikan rasa nyaman bagi klien dan menurunkan suhu tubuh yang tinggi. dan

NaCl 20 Tpm.

2) Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian, maka data-data yang dapat dikumpulkan pada tanggal 21 Juni 2023, klien mengatakan pusing, lemah, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, sulit untuk tidur nyenyak karena sakit kepala, kram dibagian ekstermitas bagian kiri, tidur malam sering terbangun karena sakit kepala. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara, klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu tetapi klien masih mengonsumsi makan-makanan seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.

3) Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu : Data subyektif : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, tidur malam sering terbangun karena sakit kepala, dan kram bagian ekstermitas kiri. Data obyektif : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara, klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu tetapi klien masih mengonsumsi makan-makanan

seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.

4) Analisa Data

a) Data subyektif : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, dan kram bagian ekstermitas kiri.

Data obyektif : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), nadi 80 x/mnt. Masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman Etiologi gejala penyakit.

b) Data subyektif: Klien mengatakan lemah.

Data Obyektif: Tampak pucat, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt. Masalah keperawatan Risiko Penurunan curah jantung. Etiologi perubahan afterload.

c) Data Subyektif : klien mengatakan sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.

Data Obyektif : klien tampak kantung mata hitam, tidak fokus saat bicara, dan selalu menguap. Masalah keperawatan gangguan pola tidur. Etiologi Hambatan Lingkungan.

d) Data subyektif : klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu tetapi klien masih mengonsumsi makan-makanan seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.

Data obyektif : tekanan darah klien 160/90 mmHg. Masalah keperawatan ketidakpatuhan. Etiologi lingkungan tidak

terapeutik.

1) Prioritas Masalah

- a) Risiko Penurunan curah jantung
- b) Gangguan rasa nyaman
- c) Gangguan pola tidur.
- d) Ketidakpatuhan

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data maka diagnosa keperawatan yang ditegaskan pada tanggal 21 Juni 2023 adalah :

- 1) Risiko Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload yang ditandai dengan: Data subyektif : Klien mengatakan lemah.

Data Obyektif : Tampak pucat, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt

- 2) Gangguan rasa nyaman b/d agen gejala penyakit yang ditandai dengan:

Data Subyektif : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, kram bagian ekstermitas kiri, sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.

Data Obyektif : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), nadi 80 x/mnt, kantung mata hitam, tidak focus saat bicara, dan selalu menguap.

3) Gangguan Pola Tidur b/d Hambatan Lingkungan yang ditandai

dengan :

Data Subyektif : klien mengatakan sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.

Data Obyektif : klien tampak kantung mata hitam, tidak focus saat bicara, dan selalu menguap.

4) Ketidapatuhan b/d lingkungan tidak terapeutik yang ditandai

dengan :

Data subyektif : klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu tetapi klien masih mengonsumsi makan-makanan seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.

Data objektif : tekanan darah klien 160/90 mmHg

c. Intervensi Keperawatan

1) Diagnosa I : Risiko Penurunan Curah Jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tujuan : pucat/sianosis menurun, tekanan darah membaik dan lemahberkurang.

Intervensi :

a) identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, batuk dan kulit pucat).

R : kejadian mortalitas dan morbiditas sehubungan dengan MI yang lebih dari 24 jam pertama.

b) monitor tekanan darah

R: perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan/bidang masalah vascular.

c) anjurkan makan-makanan diet jantung (seperti batasin asupan kafein, natrium, dan tinggi lemak).

R : mengatur diet sehingga kerja dan ketegangan otot jantung minimal, dan status nutrisi terpelihara, sesuai dengan selera dan pola makan klien.

d) anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap.

R : menganjurkan agar tidak kaku pada tubuh

e) Penatalaksanaan : Amlodipin 1x10 mg/oral dan Citicoline 2x500 mg/oral sesuai program terapi.

R : menurunkan tekanan darah

2) Diagnosa II : Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan peningkatan gejala penyakit.

Tujuan : keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun,

Intervensi :

a) identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal.

R: Nyeri merupakan pengalaman subyektif dan harus di gambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif dan Penelitian tentang kompetensi perawat dalam mengkaji nyeri dihubungkan dengan penggunaan skala ukur dan

ditunjukkan dengan keefektifan kemampuan perawat adalah sangat signifikan.

b) faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.

R : mengetahui faktor apa yang memperberat dan memperingan nyeri

c) berikan terapi nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri dan kram (tarik napas dalam dan kompres hangat dibagian ekstermitas yang kram).

R : Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorphen.

d) fasilitas istirahat dan tidur.

R : Kelelahan dapat mengganggu toleransi terhadap nyeri.

Periode istirahat dapat menghemat energy, menurunkan kelemahan, dan meningkatkan kemampuan coping.

e) anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

R : menganjurkan klien monitori nyeri sendiri

f) ajarkan teknik non farmakologi mengurangi nyeri.

R : mengajarkan cara nonfarmakologi mengurangi rasa nyeri, Penggunaan upaya pereda nyeri non invasif dapat meningkatkan pelepasan endorphen

g) kolaborasi pemberian analgetik. Penatalaksanaan : Berikan Parasetamol 3 x 750 mg/oral sesuai program terapi.

R : menurunkan rasa nyeri

3) Diagnosa III : Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan

Tujuan : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan keluhan pola tidur berubah menurun.

Intervensi :

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
R : mengetahui pola tidur dan aktivitas
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (mislnya. Fisik atau psikologis)
R : mengetahui pengganggu tidur
- c) Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (kopi, teh, alcohol).
R : mengetahui makanan minuman pengganggu tidur.
- d) Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur
R : menganjurkan menghindari makanan pengganggu tidur
- e) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. Psikologis, gaya hidup)
R : mengajarkan faktor yang berkontribusi terhadap tidur
- f) Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya,
R : mengajarkan relaksasi agar nyaman saat istirahat dan tidur.

4) Diagnosa IV : ketidakpatuhan b/d lingkungan tidak terapeutik

Tujuan : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan keluhan pola

tidur berubah menurun.

Intervensi :

a) Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan

R : mengetahui kepatuhan pengobatan

b) Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik

R : membuat jadwal program pengobatan

c) Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalanya program pengobatan

R : mendiskusikan pendukung dan penghambat program pengobatan.

d) Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani.

R : menyarankan keluarga mendukung program pengobatan

e) Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan

R : menjelaskan manfaat pengobatan secara rutin

f) Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan

R : menganjurkan keluarga selalu mendampingi klien untuk pengobatan.

g) Anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat.

R : melakukan konsultasi terdekat terkait kondisi pasien

a. Implementasi

a. Diagnosa Keperawatan I

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah risiko penurunan curah jantung yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2023. Jam 12:10 WITA mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit pucat, tidak batuk. Jam 12:20 WITA memonitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36 °C, RR 22 x/mnt. Jam 12:30 WITA menganjurkan untuk mengurangi makan-makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman yang berkafein dengan hasil klien mengatakan iya sekarang saya sudah jarang minum kopi, dan makan daging hanya sesekali saja saat ditempat acara dan untuk konsumsi garam sudah dikurangi. Jam 12:35 WITA menganjurkan untuk beraktivitas bertahap jika lemah dengan hasil klien mengatakan saya bisa melakukan aktivitas seperti biasa hanya keluarga saya tetap membantu takut saya tiba-tiba jatuh.

Selanjutnya pada tanggal 22 Juni 2023 Jam 07:10 WITA mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit pucatnya berkurang, tidak batuk. Jam 07:20 WITA memonitori tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 90 x/mnt, suhu 36,2°C, RR 20 x/mnt. Jam 07:25 WITA

menganjurkan kembali untuk tetap mengurangi makan- makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman yang berkafein. Jam 09:00 memberikan obat Amlodipin 10 mg/oral dan Citicoline 500 mg/oral

Selanjutnya pada tanggal 23 Juni 2023. Jam 07:30 WITA mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit nampak tidak pucat, tidak batuk dan berat badan normal dengan sebelumnya yaitu 50 kg. Jam 07:32 WITA memonitori tanda- tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 84 x/mnt, suhu 36,5⁰C, RR 19 x/mnt. Jam 07:35 WITA menganjurkan kembali untuk tetap mengurangi makan- makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman yang berkafein. Jam 09:00 memberikan obat Amlodipin 10 mg/oral dan Citicoline 500 mg/oral.

b. Diagnosa Keperawatan II

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan rasa nyaman yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2023. Jam 12:10 WITA mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengeluh nyeri kepala, pusing, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), dan wajah meringis. Jam 12:25 WITA mengajarkan klien menarik napas dalam dengan cara menarik napas dalam-dalam lalu menghembuskan perlahan-lahan lewat mulut dan anjurkan 3-4 kali bila timbul nyeri.

Jam 12:30 WITA menganjurkan keluarga klien untuk melakukan kompres hangat dibagian ekstermitas yang kram.

Selanjutnya pada tanggal 22 Juni 2023. Jam 07:10 WITA mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengeluh nyeri kepala sudah berkurang, pusing juga sudah berkurang sakitnya, skala nyeri 3 (nyeri ringan), dan wajah meringis. Jam 07:25 WITA menganjurkan klien menarik napas dalam bila nyeri. Jam 07:30 WITA menganjurkan kompres hangat di bagian ekstermitas bagian kiri yang kram. Jam 09:00 melayani klien terapi Parasetamol 500 mg/oral.

Selanjutnya tanggal 23 Juni 2023. Jam 07:30 WITA mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, tidak pusing, skala nyeri 0, dan wajah rileks. Jam 07:35 WITA tetap menganjurkan jika nanti merasa nyeri gunakan cara teknik napas dalam dan tetap kompres hangat dibagian ekstermitas yang kram. Jam 09:00 WITA melayani klien terapi Parasetamol 500 mg/oral.

c. Diagnosa Keperawatan III

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2023. Jam 12:10 WITA Mengkaji pola tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak karena merasa sakit kepala dan pusing. 12:25 WITA Menganjurkan keluarga untuk membatasi tamu dan menciptakan ketenangan agar pasien dapat beristirahat lebih lama dan menganjurkan

menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur. Jam 12:30 WITA mengajurkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi agar mengurangi rasa nyeri dan dapat tidur dengan nyenyak.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur yang dilaksanakan pada tanggal 22 Juni 2023. Jam 07:10 WITA Mengkaji pola tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa tidur namun masih sering terbangun sesekali karena mau buang air. Jam 07:25 WITA menganjurkan membatasi keluarga yang datang jenguk agar klien dapat tidur dengan tenang. Jam 09:00 WITA melayani klien terapi Parasetamol 750 mg/oral untuk mengurangi rasa nyeri dan klien dapat tidur dengan nyenyak.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur yang dilaksanakan pada tanggal 23 Juni 2023. Jam 07:30 WITA Mengkaji pola tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah tidur dengan nyenyak, tidak lagi sakit kepala dan pusing. Klien tampak mulai segar dan tidak lagi sering menguap ketika berbicara. Jam 09:00 WITA melayani klien terapi Parasetamol 750 mg/oral.

d. Diagnosa Keperawatan IV

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan yang dilaksanakan pada tanggal 21 Juni 2023. Jam 12:10 WITA Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan. 12:25 WITA Menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Jam 12:30 WITA

Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan yang dilaksanakan pada tanggal 22 Juni 2023. Jam 07:10 WITA Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan. Jam 07:25 WITA Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalanya program pengobatan. Jam 09:00 WITA Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani.

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakpatuhan yang dilaksanakan pada tanggal 23 Juni 2023. Jam 07:30 WITA Menganjurkan keluarga untuk mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan. Jam 09:00 WITA Melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani.

b. Evaluasi

1. Diagnosa Keperawatan I

- a) Tanggal 21 Juni 2023 jam 13:40 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan masih lemah.

Data Obyektif (O) : klien tampak pucat, tidak batuk, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 82 x/mnt, suhu 36,6 °C, RR 20 x/mnt dan mampu melakukan aktivitas mandiri.

Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung belum sebagian teratasi.

Planning (P) : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 5.

- b) Tanggal 22 Juni 2023 jam 14:00 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan masih lemah.

Data Obyektif (O) : klien tampak pucat, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 90 x/mnt, suhu 36,2⁰C, RR 20 x/mnt.

Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung sebagian teratasi.

Planning (P) : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 5.

- c) Tanggal 23 Juni 2023 jam 13:50 WITA dilakukan Catatan Perkembangan dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan tidak lemah.

Data Obyektif (O): klien tampak tidak pucat, tekanan darah 150/90mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36,2⁰C, RR 20 x/mnt.

Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung sebagian teratasi. Planning (P) : Lanjutkan intervensi dirumah 5.

Implementasi (I) : -

Evaluasi (E) : pasien dipulangkan

2. Diagnosa Keperawatan II

- a) Tanggal 21 Juni 2023 jam 13:40 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan pusing, nyeri kepala

seperti ditusuk-tusuk, susah tidur dan masih keram dibagian ekstermitas kiri.

Data Obyektif (O) : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), selalu menguap, kantung mata hitam.

Assasment (A) : masalah Nyeri Akut belum teratasi

Planning (P) : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5, 6, dan 7.

- b) Tanggal 22 Juni 2023 jam 14:00 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data Subyektif (S) : klien mengatakan masih nyeri kepala sudah berkurang, pusing juga sudah berkurang sakitnya, kram dibagian ekstermitas kiri sudah berkurang dan masih susah untuk tidur dan selalu bangun.

Data Obyektif (O) : K/U wajah meringis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), kantung mata hitam dan sudah tidak menguap pada saat berbicara.

Assasment (A) : masalah nyeri akut sebagian teratasi.

Planning (P) : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5, 6, dan 7.

- c) Tanggal 23 Juni 2023 jam 13:50 WITA dilakukan Catatan Perkembangan dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data Subyektif (S) : klien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, tidak pusing lagi, kram dibagian ekstermitas kiri juga sudah hilang dan malam sudah tidur nyenyak karena sudah tidak nyeri lagi.

Data Obyektif (O) : K/U wajah rileks, skala nyeri 0, kantung mata normal, tidak menguap dan nampak segar.

Assasment (A) : masalah nyeri akut teratasi.

Planning (P) : intervensi dihentikan.

Implementasi (I) : -

Evaluasi (E) : pasien dipulangkan

3. Diagnosa Keperawatan III

- a) Tanggal 21 Juni 2023 jam 13:40 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data Subyektif (S) : klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasakan sakit kepala dan pusing.

Data Obyektif (O) : klien tampak selalu menguap, kantung mata hitam.

Assasment (A) : masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi.

Planning (P) : lanjutkan intervensi 4, 5 dan 6.

- b) Tanggal 22 Juni 2023 jam 14:00 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data Subyektif (S) : klien mengatakan sudah bisa tidur tapi masih sering terbangun karena mau buang air.

Data Obyektif (O) : klien tampak masih ada kantung mata hitam dan sudah tidak menguap pada saat berbicara.

Assasment (A) : masalah Gangguan Pola Tidur sebagian teratasi.

Planning (P) : lanjutkan intervensi 4, 5 dan 6.

- c) Tanggal 23 Juni 2023 jam 13:50 WITA dilakukan Catatan Perkembangan dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data Subyektif (S) : klien mengatakan sudah bisa sudah tidur dengan nyenyak karena sudah tidak nyeri lagi.

Data Obyektif (O) : klien tampak kantung mata normal, tidak menguap dan nampak segar.

Assasment (A) : masalah Gangguan Pola Tidur teratasi.

Planning (P) : intervensi dihentikan.

Implementasi (I) : -

Evaluasi (E) : pasien dipulangkan

4. Diagnosa Keperawatan IV

- a) Tanggal 21 Juni 2023 jam 13:40 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Data subyektif (S) : klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya tetapi klien minum obat tidak teratur karena kadang lupa dan juga lupa untuk kontrol. Klien juga mengatakan masih mengonsumsi makanan yang berlemak seperti daging.

Data objektif : klien tampak tekanan darah masih tinggi dengan 160/90 mmHg.

Assasment (A) : masalah ketidakpatuhan belum teratasi.

Planning (P) : intervensi dilanjutkan

- b) Tanggal 22 Juni 2023 jam 14:00 WITA dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data subyektif (S) : klien mengatakan paham dan mengerti

Data objektif : klien tampak tekanan darah masih tinggi dengan

160/80 mmHg.

Assasment (A) : masalah ketidakpatuhan belum teratasi.

Planning (P) : intervensi dilanjutkan

c) Tanggal 23 Juni 2023 jam 13:50 WITA dilakukan Catatan Perkembangan dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Data subyektif (S) : klien mengatakan sudah paham dan mengerti terkait penyakitnya dan akan lebih teratur minum obat dan selalu control.

Data obyektif (O) : tekanan darah klien 150/90 mmhg.

Assasment (A) : masalah ketidakpatuhan sebagian teratasi.

Planning (P) : intervensi dilanjutkan dirumah

Implementasi (I) : -

Evaluasi (E) : pasien dipulangkan.

B. Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Ny. E. M. dengan diagnosa medik hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

1. Pengkajian

Dari pengkajian pada Ny. E. M tanggal 21 Juni 2023 jam 12.10 WITA didapatkan data pasien mengeluh pusing, sakit kepala, lemah, sulit tidur, nyeri kepala seperti ditusuk, kram dibagian ekstermitas kiri, saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), terpasang infus NaCl 20 tpm, tekanan darah 160/90 mmHg,

nadi 80 x/mnt, suhu 36 °C, RR 20 x/mnt, sulit untuk tidur nyenyak karena sakit kepala, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara, dan tampak pucat. Berdasarkan data pada teori yang ditemukan pada pasien dengan hipertensi adalah Sakit kepala, Jantung berdebar-debar, Penglihatan kabur, Wajah memerah, Mimisan /epistaksis, Telinga berdenging, Rasa berat ditengkuk, Sulit tidur, Cepat marah, Gelisah, Pusing dan mata berkunang-kunang tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata terdapat data nyeri kepala sehingga pasien tidak bisa tidur dan dibuktikan dengan adanya kantong mata, sering menguap dan tidak fokus saat diajak bicara. pasien sudah mendapatkan pengobatan dan perawatan sudah 3 hari sejak tanggal 21 Juni 2023 sehingga pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala seperti pada teori.

Hal ini sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh (Gerda, 2022) tentang “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medik Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” menunjukkan bahwa data yang ditemukan saat pengkajian adalah kepala pusing, dan leher terasa tegang, tampak meringis kesakitan, kondisi badan lemah, dan penglihatan kabur dan pada (Theovania, 2023) diruangan yang sama ditemukan jantung berdebar-debar, nyeri dada, sakit kepala, pusing, sesak nafas, dan nyeri pada tengkuk. Pada kasus (Bano, 2020) di Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi Utara ditemukan bahwa pasien hipertensi dengan keluhan pusing, tengkuk

tegang, nyeri kepala dibagian belakang seperti ditusuk-tusuk saat beraktivitas. Pada kasus (Ubaidillah, 2021) di Desa Pasrepan Kabupaten Pasuruan ditemukan pasien dengan pusing, nyeri kepala menjalar ke tengkuk belakang dan pada kasus yang ditemukan (Khairunnisa, 2019) di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu nyeri kepala, mual muntah dan penglihatan kabur. Berdasarkan hal tersebut maka dapat disimpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita hipertensi masing-masing berbeda tiap orang. Penyakit hipertensi dapat menyerang siapa saja dan terus mengalami peningkatan akibat masih rendahnya perilaku hidup sehat dalam masyarakat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny. E. M sebanyak empat masalah keperawatan yaitu : 1) risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, 2) gangguan rasa nyaman b/d gejala penyakit, 3) gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dan 4) ketidakpatuhan b/d lingkungan tidak terapeutik. Sedangkan diagnose keperawatan menurut (PPNI, 2017) menuliskan ada tujuh diagnose yaitu, 1) risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, 2) resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri, 3) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, 4) intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, 5) gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, 6) risiko jatuh

berhubungan dengan gangguan penglihatan, 7) gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit dan 8) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Berdasarkan hal tersebut menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus nyata tidak ditemukan resiko jatuh hal ini dikarenakan penglihatan pasien masih normal dan data yang menunjukkan resiko jatuh tidak ada pada pasien, selain itu pada kasus Ny. E. M tidak ditemukan intoleransi aktivitas hal ini dikarenakan semua aktivitas pasien dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain, pada kasus Ny. E. M tidak ditemukan masalah defisit pengetahuan hal ini dikarenakan baik pasien maupun keluarga sudah mengetahui penyakit yang dialami pasien dan selalu berobat ke fasilitas kesehatan, pada kasus Ny. E. M tidak ditemukan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif hal ini dikarenakan, pada Ny. E.M lebih ditemukan masalah risiko penurunan jurah jantung yang didukung dengan data tekanan darah tinggi 160/90 mmHg, pucat dan lemah. Pada penelitian (Gerda, 2022) ditemukan : 1) risiko jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan dan 2) nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pada penelitian (Theovania, 2023) ditemukan masalah 1) penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, 2) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pada penelitian (Bano, 2020) ditemukam masalah 1) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan 2) defisit

pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. Pada penelitian (Ubaidillah, 2021) ditemukan masalah 1) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, dan 2) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Pada penelitian (Khairunnisa, 2019) risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme dan 2) nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Hal ini berarti bahwa tidak semua penderita hipertensi akan ditegakkan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatannya dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan. Tanda dan gejala tiap orang berbeda sehingga menyebabkan perbedaan dalam penetapan masalah keperawatan.

3. Intervensi

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya.

Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1, 2, 3, dan 4 telah dilaksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat didalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan. Intervensi disusun berdasarkan kemampuan perawat dan kesediaan fasilitas serta kerjasama antar perawat dan pasien.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan pada Ny. E. M dengan diagnosa medik Hipertensi berdasarkan 4 diagnosa yang ditemukan selama 3 hari, implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosanya yang berisi realisasi mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari risiko penurunan curah jantung, gangguan rasa nyaman, gangguan pola tidur, dan ketidakpatuhan. Sehingga diharapkan setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam 4 masalah diatas dapat diatasi. Berdasarkan penjelasan diatas dapat menggambarkan baik teori, kasus penelitian terdahulu konsep penelitian implementasi keperawatan yang dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan atau perbedaan karena pada dasarnya implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 23 Juni 2023 jam 13:50 WITA untuk masalah risiko penurunan curah jantung adalah sebagai teratasi dimana klien mengatakan tidak lemah, klien tampak tidak pucat, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36,2⁰C, RR 20 x/mnt.

Evaluasi untuk masalah gangguan rasa nyaman adalah telah

teratasi dimana klien mengatakan klien sudah tidak nyeri kepala, tidak pusing lagi, kram dibagian ekstermitas kiri juga sudah hilang. K/U wajah rileks, skala nyeri 0.

Evaluasi untuk masalah gangguan pola tidur adalah telah teratasi dimana klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak karena sudah tidak nyeri lagi, klien tampak kantung mata normal, tidak menguap dan nampak segar.

Evaluasi untuk masalah ketidakpatuhan adalah sebagian teratasi dimana klien mengatakan sudah paham dan mengerti terkait penyakitnya dan akan lebih teratur minum obat dan selalu kontrol, tekanan darah klien 150/90 mmhg.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil studi kasus pada klien Ny. E. M dengan diagnosa medik Hipertensi diRuangan Penyakit Dalam III RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Data pengkajian pada pasien Ny. E. M. dengan Hipertensi ditemukan data klien mengatakan pusing, lemah, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, sulit untuk tidur nyenyak karena sakit kepala, kram dibagian ekstermitas bagian kiri, tidur malam sering terbangun karena sakit kepala. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara.
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus Ny. E. M yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan perunahan afterload, nyeri akut berhubungan dengan agen pencederal fisiologis, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. E. M dengan diagnosa medik Hipertensi, ditetapkan sesuai dengan tiga masalah keperawatan yang ditemukan dengan tujuan akhir agar masalah keperawatan dapat diatasi.

4. Implementasi keperawatan merupakan realisasi kegiatan dari perencanaan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada Ny.E.M dengan diagnosa medik Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.
5. Evaluasi merupakan langka akhir dari semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny.E.M dengan Diagnosa Medik Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilaksanakan sudah mengatasi masalah-masalah keperawatan yang ditemukan.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata dengan data yang ditemukan pada teori. Data yang ditemukan pada klien Ny. E.M mengalami pusing, lemah, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, sulit untuk tidur nyenyak karena sakit kepala, kram dibagian ekstermitas bagian kiri, tidur malam sering terbangun karena sakit kepala. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara.

B. Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga untuk terus mengikuti anjuran dan instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat. Keluarga diharapkan untuk terus memberikan dukungan dan motivasi kepada klien supaya klien tidak merasa sendiri dalam mengatasi masalahnya.

2. Bagi Pasien

Diharapkan untuk menyampaikan semua keluhan dengan jujur dan kooperatif sehingga petugas kesehatan dalam hal ini perawat dapat menggali informasi yang lebih kompleks mengingat penyakit Hipertensi dapat menimbulkan masalah-masalah lain seperti Stroke, Ginjal, Diabetes Melitus, Jantung dan lainnya.

3. Tenaga Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus melakukan pendidikan kesehatan baik perindividu maupun berkelompok sehingga pengetahuan klien tentang penyakit Hipertensi ataupun penyakit lainnya dapat meningkat, yang berdampak pada menurunnya angka prevelensi kejadian penyakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri. (2016). Keperawatan Medikal Bedah II. *Keperawatan Medikal Bedah*, 183222942(183222942), 411.
<http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- Apriyanti Puji Hastuti, M. K. (2022). *HIPERTENSI* (M. P. I Made Ratih R (ed.)).
website: www.penerbitlakeisha.com
- Bano, G. P. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Napan Kecamatan Bikomi Utara. In *Bussiness Law binus* (Vol. 7, Issue 2).
<http://repository.radenintan.ac.id/11375/1/PERPUS-PUSAT.pdf>
<http://business-law.binus.ac.id/2015/10/08/pariwisata-syariah/>
<https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results/>
<https://journal.uir.ac.id/index.php/kiat/article/view/8839>
- Dede Rina, Nita Fitria, H. (2021). Jurnal Keperawatan (Comprehensive Nursing Journal). *Literatur Review Hubungan Antara Tipe Kepribadian Dengan Kejadian Hipertensi*, 13(1), 15–19.
- Ende, D. K. K. K. (n.d.). *Data Dinas Kesehatan Kabupaten Ende*.
- Gerda, aurelia rusmiati. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende*.
- Hariawan, H., & Tatisina, C. M. (2020). Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo*, 1(2), 75.
<https://doi.org/10.32807/jpms.v1i2.478>

- Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). *Buku Keperawatan Medikal Bedah 1* (I. K. Dewi (ed.)). 2019. pustakabarupress_redaksi@yahoo.com
- Kemendes. (2019). Hipertensi , Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah - Direktorat P2PTM. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (p. 1).
- Kemendes, R. (2021). Profil Kesehatan Indo-nesia. In *Pusdatin.Kemendes.Go.Id*.
- Khairunnisa, A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Angsoka RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id>
- Mayasari, M., Waluyo, A., Jumaiyah, W., & Azzam, R. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Hipertensi. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 344–353. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.849>
- Nurhidayat, S. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Pendekatan Riset* (Cetakan 1). unmuhpress@umpo.ac.id
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Defenisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). 2017. website: <http://www.inna-ppni.or.id>
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Defenisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1 Ce). 2018. website: <http://www.inna-ppni.or.id>
- PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1 Cetakan). 2019. website: <http://www.inna-ppni.or.id>
- Ruang, P. D. (n.d.). *Laporan Rekapitulasi Ruang RPD III RSUD ENDE*.

- Sutarga, i made. (2017). Hipertensi Dan Penatalaksanaannya Oleh dr . I Made Sutarga , M . Kes Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. *Hipertensi Dan Penatalaksanaannya Oleh Dr . I Made Sutarga , M . Kes Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. 10–22., 10–22.*
- Tefbana, A. (2022). Asuhan Gizi Terstandar Pada Pasien Hipertensi Di RSUD Prof.Dr. WZ Johannes Kupang. In *Tesis Diploma*.
<http://repository.poltekeskupang.ac.id/id/eprint/3668>
- Theovania, E. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.*
- Ubaidillah, M. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hipertensi Dengan Masalah Nyeri Akut Di Desa Pasrepan Kabupaten Pasuruan. In *Politeknik Kesehatan Cendekia Sidoarjo.*



PEMERINTAH KABUPATEN ENDE
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DERAH ENDE

Jl. Prof.dr. W.Z Yohanes Telp. (0381) 210331 / 22026 Ende

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Nama	: Emiliana M. Ona	Nomor RM	: 139561
Tanggal Lahir	: 09/09/1983	Ruang/Kelas	: Rpo 3
Alamat	:	Foto Lama	: 4176
Jenis Pemeriksaan	:	Nomor foto	:
Tanggal Pemeriksaan	:		
Klinis	: Cephalgia kronik, hemiparese suspek ec suspek SNH dd SH, HT grade 2		

Yth TS.

Pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras

- Tampak lesi hipodens pada corona radiata kanan dan nucleus lentiformis kanan
- Tak tampak lesi hiperdens densitas perdarahan pada intra-extraaxial
- Differensiasi substansia alba dan substansia grisea tampak normal
- Tampak kalsifikasi fisiologis pada glandula pineal, plexus choroideus ventrikel lateral kanan kiri
- Sulkus kortikalis dan fissura Sylvii kanan kiri tampak normal
- Ventrikel lateral kanan-kiri, III dan IV tampak normal
- Cisterna perimesencephalic tampak normal
- Tak tampak midline shifting
- Pons dan cerebellum baik
- Pada bone window:
 - Tak tampak kesuraman pada sinus paranasal maupun mastoid air cells kanan kiri

KESAN

- Infark pada corona radiata kanan dan nucleus lentiformis kanan
- Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial

INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi peserta)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Saskia Zairani, dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS Hipertensi di RSUD Ende".

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

Saksi
Keluarga

Ende, 21 Juni 2023
Yang memberikan persetujuan

Pasien

Peneliti

SASKIA ZAIRANI
Nim. 1915303202200529

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. E.M.
Umur : 40 Tahun
Agama : Khatolik
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Menikah
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Alamat : Ndetumbera
Tanggal Masuk : 20 Juni 2023
Tanggal Pengkajian : 21 Juni 2023
No.Register : 139561
Dx. Medik : HT grade 2

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.F.M
Umur : 43 Tahun
Hubungan dengan klien : Kakak Kandung
Alamat : Ndetumbera

2. Status Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan

2) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri dibagian kepala, pusing, ekstermitas bagiankiri terasa kram.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sakit kepalanya sudah 3 bulan terakhir ini dansering merasa pusing

4) Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan penyakit Hipertensi

5) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan keluarga memiliki riwayat penyakit Hipertensi.

6) Pengkajian perpola

a) Pola persepsi terhadap kesehatan

Klien mengatakan ia selalu memperhatikan kesehatannya dengan mandi 2 x sehari untuk menjaga kebersihan dirinya. Bila sakit klien segera memeriksakan dirinya ke Puskesmas Rewarangga, klien mengalami tensi darah tinggi, kepala terasa sakit, pusing, kram dibagian ekstermitas kiri dan klien tidak teratur minum obat anti hipertensi dan jarang kontrol ke fasilitas kesehatan.

b) Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit dan saat sakit Klien mengatakan makan 3 kali dalam sehari dengan porsi sedang dengan menu nasi, ubi, pisang, sayur, ikan, telur, tempe-tahu, kadang-kadang juga daging. Klien minum 5-6 gelas/hari setara (1000-1200 cc), dan berat badan klien saat ini 50 Kg, TB 150 cm.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit dan saat sakit Klien mengatakan ia biasa BAB 1-2 x sehari, konsistensi lunak, warna kuning, tidak mengalami gangguan saat BAB. BAK 2-3 kali sehari, warna kuning, urin lancar, tidak rasa nyeri saat berkemih dengan jumlah \pm 500 cc. Klien berkemih secara spontan.

d) Pola aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan sehari-hari ia bekerja di kebun, klien tidak mengalami sesak napas, nyeri dada, nyeri tengkuk, lemah saat beraktivitas. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri. Saat sakit klien mengatakan mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, tetapi keluarga klien tetap mengawasi dan membantu klien.

e) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit ia biasa tidur malam dari jam 20:00- 04:00. Klien terbangun pada malam hari bila

ingin berkemih. Klien tidur siang dari jam 14.00-15.00. Sebelum tidur malam klien bercerita dengan keluarganya atau menonton TV. Klien mengatakan saat ini ia susah tidur dan sering terbangun pada malam hari karena sakit kepala dan pusing. Klien tidur malam dari jam 20.00-05.00 namun bila terbangun klien sulit untuk tidur kembali. Klien juga tidur siang dari jam 13.00-14.00. Klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara.

d) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori.

Sebelum sakit klien mengatakan sering merasa nyeri kepala dan hilang timbul. Saat sakit klien mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk dan tidak hilang dengan skala nyeri sedang (4-6), kram bagian ekstermitas kiri dan tampak meringis.

e) Pola Persepsi dan Konsep Diri.

Sebelum sakit gambaran diri: klien menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu pemberian dari tuhan, identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggal, harga diri: klien mengatakan dia selalu dihargai oleh suami dan keluarganya, peran diri: klien mengatakan di rumah ada anak dan suami dalam satu keluarga, ideal diri: klien mengatakan dia adalah seorang istri dan seorang ibu rumah

tangga, saat sakit gambaran diri: klien menyukai semua bagian tubuhnya, karena itu pemberian dari tuhan, identitas diri: klien mampu menyebutkan nama lengkap dan tempat tinggal, harga diri: klien mengatakan senang karena perawat dan dokter menghargainya, peran diri: klien mengatakan saat ini adalah seorang pasien, ideal diri: klien ingin cepat sembuh dan kembali berkumpul dengan keluarga.

f) Pola Reproduksi dan Seksual.

Klien mengatakan ia telah berkeluarga dan memiliki 2 orang anak. Ia tidak mengalami gangguan dengan alat reproduksinya. Klien mengatakan pernah menggunakan KB suntik, tetapi sekarang klien sudah tidak menggunakannya. Klien mengatakan ia dan suaminya saling mencintai dan menyayangi satu sama lain. Klien mengatakan saat ini ia tidak mengalami gangguan dengan alat reproduksinya.

g) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama.

Klien mengatakan ia adalah seorang istri dan ibu bagi kedua anaknya. Ia bekerja sebagai seorang Petani. Klien selalu berhubungan baik dengan sesama tetangganya dan berhubungan harmonis dengan anggota keluarganya. Klien mengatakan saat ini ia tetap menjalin hubungan yang harmonis dengan keluarganya.

h) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress.

Klien mengatakan kalau ada masalah ia mampu menyelesaikan dengan cara kekeluargaan dan dengan tenang klien menyelesaikannya. Saat ini klien tampak tenang dan tidak gelisah. Klien mengatakan ia dapat beradaptasi dengan keadaannya sekarang dan menyerahkan sepenuhnya ke Tuhan.

i) Pola Sistem Nilai-Kepercayaan.

Klien mengatakan ia beragama Katolik dan rajin pergi gereja. Klien percaya pada Tuhan dan menyerahkan seluruh hidupnya pada Tuhan. Saat ini klien tidak bisa ke gereja karena masih dirawat di Rumah Sakit. Klien hanya berdoa dalam hati dan memohon kesembuhan pada Tuhan melalui tangan dokter dan perawat.

7) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : Klien tampak sadar penuh (composmentis), nilai GCS 15 dengan *respon eye* 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan *respon motorik* 6 (mengikuti perintah), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22x/mnit.
- b) Kepala : rambut halus berwarna merah, tidak nyeri tekan, tidak ada masalah di kepala
- c) Mata :. bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemi,

sklera tidak ikterik, tidak dilatasi pupil.

- d) Telinga : tampak bersih tidak ada serumen.
- e) Hidung : tidak ada polip di hidung, bentuk hidung simetris
- f) Mulut : mukosa bibir kering, mulut bersih.
- g) Wajah : wajah meringis, pucat.
- h) Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, leher tidak kaku kuduk, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar tiroid.
- i) Dada : bentuk dada simetris, frekuensi jantung 80 x/mnt, irama cepat dan teratur, tidak ada rales, irama napas teratur, bunyi napas normal.
- j) Abdomen : tidak nyeri tekan abdomen dan pembengkakan.
- k) Genetalia : tidak ada kelainan .
- l) Dada : bentuk dada simetris, frekuensi jantung 80 x/mnt, irama cepat dan teratur, tidak ada rales, irama napas teratur, bunyi napas normal.
- m) Abdomen : tidak nyeri tekan abdomen dan pembengkakan.
- n) Genetalia : tidak ada kelainan .
- o) Ekstremitas (atas dan bawah) : tidak ada oedem pada ekstremitas, terpasang infus NaCl 20 tpm.

8) Pemeriksaan penunjang :

a) Pemeriksaan Laboratorium.

Tanggal 21 Juni 2023 Pukul : 17:06 WITA

Darah : Hb : 11,8 g/dl Normal : 11,7-15,5 g/dl.

b) Ct Scan

Kesan : infark pada corona radiata kanan dan nucleus lentiformis kanan dan tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial.

9) Terapi

a) Amlodipin 1x10 mg/oral.

b) Citicoline 2x500 mg/oral.

c) Parasetamol 3x750 mg/oral.

3. Tabulasi data

Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, sulit untuk tidur nyenyak karena sakit kepala, kram dibagian ekstermitas bagian kiri. Saat dilakukan pemeriksaan fisik wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saat bicara, klien tidak teratur minum obat dan tidak rutin control di fasilitas kesehatan.

4. Klasifikasi data

Data subyektif : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala

sepertiditusuk, tidur malam sering terbangun karena sakit kepala, dan kram bagianekstermitas kiri.klien mengatakan tidak teratur minum obat dan tidak rutin control di fasilitas kesehatan.

Data obyektif : K/U wajah meringis, skala nyeri 3-6(nyeri sedang), tekanandarah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22 x/mnt, klien tampak selalu menguap saat berbicara, ada kantong hitam pada mata, tidak fokus saatbicara, terpasang infus NaCl 20 tpm.

5. Analisa Data

No.	Sign and Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : Klien mengatakan lemah. DO : Tampak pucat, tekanan darah160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36 ⁰ C, RR 22 x/mnt, terpasang NaCl 20 tpm.	Perubahan afterload.	Risiko Penurunan Curah Jantung.
2.	DS : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, kram bagian ekstermitas kiri, sulit tidur dimalam hari	Gejala penyakit	Gangguan rasa nyaman

	<p>karena nyeri dan sering terbangun.</p> <p>DO: K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), nadi 80 x/mnt, kantung mata hitam, tidak focus saat bicara, dan selalu menguap.</p>		
3.	<p>Data Subyektif : klien mengatakan sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.</p> <p>Data Obyektif : klien tampak kantung mata hitam, tidak focus saat bicara, dan selalu menguap.</p>	<p>Hambatan Lingkungan</p>	<p>Gangguan Pola Tidur</p>
4.	<p>Data subyektif : klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu</p>	<p>Lingkungan tidak terapeutik</p>	<p>Ketidakpatuhan</p>

	<p>tetapi klien masih mengonsumsi makanan seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.</p> <p>Data objektif : tekanan darah klien 160/90 mmHg.</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Penurunan curah jantung b/d perubahan afterload yang ditandai dengan:

DS : Klien mengatakan lemah.

DO : Tampak pucat, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22 x/mnt, terpasang NaCl 20 tpm.
2. Gangguan aman nyaman b/d gejala penyakit yang ditandai dengan:

DS : Klien mengatakan pusing, sakit kepala, nyeri kepala seperti ditusuk, kram bagian ekstermitas kiri, sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.

DO : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), nadi 80 x/mnt, kantung mata hitam.
3. Gangguan Pola Tidur b/d Hambatan Lingkungan yang ditandai

dengan :

Data Subyektif : klien mengatakan sulit tidur dimalam hari karena nyeri dan sering terbangun.

Data Obyektif : klien tampak kantung mata hitam, tidak fokus saat bicara, dan selalu menguap.

4. Ketidapatuhan b/d lingkungan tidak terapeutik yang ditandai dengan :

Data subyektif : klien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu tetapi klien masih mengonsumsi makanan-makanan seperti daging, klien tidak teratur minum obat, dan klien tidak teratur kontrol di fasilitas kesehatan.

Data objektif : tekanan darah klien 160/90 mmHg.

C. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Penurunan Curah Jantung b/d perubahan afterload.	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan masalah penurunan curah jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil : pucat/sianosis menurun, tekanan darah membaik dan lemah berkurang.	<ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi tanda dan gejalasekunder penurunan curah jantung (peningkatan berat badan, batuk dan kulitpucat). 2. monitor tekanan darah 3. anjurkan makan-makanan diet jantung (seperti batasin asupan kafein, natrium, dan tinggi lemak). 4. anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap.

			5. Penatalaksanaan terapi..
2.	Nyeri akut b/d agen pencedera	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	1. identifikasi karakteristik,

	Fisiologis	selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut dapat diatasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, tampak meringis menurun.	<p>frekuensi,</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 3. berikan 4. fasilitas istirahat dan tidur. 5. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 6. ajarkan teknik non farmakologi mengurangi nyeri. 7. kolaborasi pemberian analgetik. <p>Penatalaksanaan :</p> <p>Berikan Parasetamol 3 x 750 mg/oral</p>
--	------------	---	--

3.	<p>Gangguan Pola Tidur b/d Hambatan Lingkungan</p>	<p>selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat diatasi dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan keluhan pola tidur berubah menurun.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mislnya. Fisik atau psikologis). 3. Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur (kopi, teh, alcohol). 5. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur 6. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (misl. Psikologis, gaya hidup).
----	--	---	--

			<p>7. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya,</p>
4.	Ketidakpatuhan b/d lingkungan tidak terapeutik	<p>selama 3 x 24 jam diharapkan masalah ketidakpatuhan dapat diatasi dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan keluhan pola tidur berubah menurun.</p>	<p>1. identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 2. buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik. 3. diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan. 4. libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani.</p>

			<p>5. informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan.</p> <p>6. anjurkan keluarga untung mendampingi dan merawat pasien selama menjalani program pengobatan</p> <p>7. anjurkan pasien dan keluarga melakukan konsultasi ke pelayanan kesehatan terdekat.</p>
--	--	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi

Hari/Tgl	No DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 21 Juni 2023	1.	12:10 12:20 12:30	<p>Mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit pucat tidak batuk dan berat badan normal dengan sebelumnya yaitu 50 kg.</p> <p>Memonitori tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan hasil tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36⁰C, RR 22 x/mnt.</p> <p>Menganjurkan untuk mengurangi makan-makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman</p>	<p>Jam 13:40 WITA.</p> <p>DS : klien mengatakan masih lemah.</p> <p>DO : klien tampak pucat, berat badan normal 50kg, tidak batuk, tekanan darah 160/90 mmHg, nadi 82 x/mnt, suhu 36,6⁰C, RR 20 x/mnt dan mampu melakukan aktivitas mandiri.</p> <p>Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung belum sebagian teratasi.</p> <p>Planning (P) : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 5.</p>

		12:35	<p>yang berkafein dengan hasil klien mengatakan iya sekarang saya sudah jarang minum kopi, dan makan daging hanya sesekali saja saat ditempat acara dan untuk konsumsi garam sudah dikurangi.</p> <p>Menganjurkan untuk beraktivitas bertahap jika lemah dengan hasil klien mengatakan saya bisa melakukan aktivitas seperti biasa hanya keluarga saya tetap membantu takut saya tiba-tiba jatuh.</p>	
--	--	-------	---	--

2.	12:10	Mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengeluh nyeri kepala, pusing, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang),susah tidur, dan wajah meringis.	Jam 13:40 WITA. DS : klien mengatakan pusing, nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk, susah tidur dan masih keram dibagian
----	-------	---	---

		12:25	Mengajarkan klien menarik napas dalam dengan cara menarik napas dalam-dalam lalu menghembuskan perlahan-lahan lewat mulut dan anjurkan 3-4 kali bila timbul nyeri.	ekstermitas kiri DO : K/U wajah meringis, skala nyeri 4-6 (nyeri sedang), selalu menguap, kantung mata hitam. Assasment (A) : masalah Nyeri Akut belum teratasi
		12:30	Menganjurkan keluarga klien untuk melakukan kompres hangat dibagian ekstermitas yang kram.	Planning (P) : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5, 6, dan 7.
3.		12:10	Mengkaji pola tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak karena merasa sakit kepala dan pusing.	Jam : 13 :40 WITA DS : klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasakan sakit kepala dan pusing.
		12:25	Menganjurkan keluarga untuk membatasi tamu dan menciptakan ketenangan agar pasien dapat beristirahat	DO : klien tampak selalu menguap, kantung mata hitam. Assasment (A) : masalah

		12:30	<p>lebih lama dan menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.</p> <p>Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi agar mengurangi rasa nyeri dan dapat tidur dengan nyenyak.</p>	<p>Gangguan Pola Tidur belum teratasi.</p> <p>Planning P) : lanjutkan intervensi 4,5 dan 6.</p>
Kamis, 22 Juni 2023	1.	07:10 07:20	<p>Mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit pucatnya berkurang, tidak batuk dan berat badan normal dengan sebelumnya yaitu 50 kg.</p> <p>Memonitori tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan</p>	<p>Jam 14:00 WITA</p> <p>DS : klien mengatakan masih lemah.</p> <p>DO : klien tampak pucat, tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 90 x/mnt, suhu 36,2 °C, RR 20 x/mnt.</p> <p>Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung</p>

		07:25	hasil tekanan darah 160/80 mmHg, nadi 90 x/mnt, suhu 36,2 ⁰ C, RR 20 x/mnt. Menganjurkan kembali untuk tetap mengurangi makan-makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman yang berkafein.	sebagian teratasi. Planning (P) : Lanjutkan intervensi 1, 2, dan 5.
		09:00	Memberikan obat <i>Amlodipin</i> 10 mg/oral dan <i>Citicoline</i> 500 mg/oral	

2.	07:10 07:25	Mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengeluh nyeri kepala sudah berkurang, pusing juga sudah berkurang sakitnya, skala nyeri 3 (nyeri ringan), susah tidur, dan wajah meringis. Menganjurkan klien	Jam 14:00 WITA . DS : klien mengatakan masih nyeri kepala sudah berkurang, pusing juga sudah berkurang sakitnya, kram dibagian ekstermitas kiri sudah berkurang dan masih susah untuk tidur dan selalu bangun DO : K/U wajah meringis,
----	--	---	--

		07:30	menarik napas dalam bila nyeri.	skala nyeri 3 (nyeri ringan), kantong mata hitam dan sudah tidak menguap
		09:00	Menganjurkan kompres hangat di bagian ekstermitas bagian kiri yang kram. Melayani klien terapi <i>Parasetamol</i> 500 mg/oral.	pada saat berbicara. Assasment (A) : masalah nyeri akut sebagian teratasi. Planning (P) : lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 5, 6, dan 7.
3.		07:10	Mengkaji pola tidur pasien dengan hasil pasien mengatakan sudah bisa tidur namun masih sering terbangun sesekali karena	Jam 14:00 WITA. DS : klien mengatakan sudah bisa tidur

		07:25	mau buang air. Menganjurkan membatasi keluarga yang datang jenguk agar klien dapat tidur dengan tenang.	tapi masih sering terbangun karena mau buang air. DO : klien
		09:00	Melayani klien terapi Parasetamol 750 mg/oral untuk mengurangi rasa nyeri dan klien dapat tidur dengan nyenyak.	tampak masih ada kantung mata hitam dan sudah tidak menguap pada saat berbicara. Assasment (A) : masalah Gangguan Pola Tidur sebagian teratasi. Planning (P) : lanjutkan intervensi 4, 5 dan 6.

<p>Jumad, 23 Juni 2023</p>	<p>1.</p>	<p>07:30 07:32</p>	<p>Mengkaji tanda dan gejala penurunan curah jantung sekunder dengan hasil kulit nampak tidak pucat, tidak batuk dan berat badan normal dengan sebelumnya yaitu 50 kg. Memonitori tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu) dengan</p>	<p>Jam 13:50 WITA . DS : klien mengatakan tidak lemah. DO : klien tampak tidak pucat, tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 80 x/mnt, suhu 36,2⁰C, RR 20 x/mnt. Assasment (A) : masalah Penurunan curah jantung</p>
------------------------------------	-----------	--	--	--

		07:35	hasil tekanan darah 150/90 mmHg, nadi 84 x/mnt, suhu 36,5 ⁰ C, RR 19 x/mnt. Menganjurkan kembali untuk tetap mengurangi makan-makanan yang mengandung natrium, tinggi lemak dan minuman yang berkafein.	teratasi. Planning (P) : Lanjutkan intervensi dirumah 5. Pasien dipulangkan
		09:00	Memberikan obat <i>Amlodipin</i> 10 mg/oral dan <i>Citicoline</i> 500 mg/oral.	
2.		07:30	Mengkaji skala nyeri, lokasi nyeri dengan hasil klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, tidak pusing, skala nyeri 0, sudah bisa tidur nyenyak malam hari, dan wajah rileks.	Jam 13:50 WITA. DS : klien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, tidak pusing lagi, kram dibagian ekstermitas kiri juga sudah
		07:35	Menganjurkan jika nanti merasa nyeri gunakan cara	

				hilang dan malam sudah tidur nyenyak karena sudah tidak nyeri lagi. DO : K/U wajah rileks,
--	--	--	--	--

				<p>DO : klien tampak kantung mata normal, tidak menguap dan nampak segar.</p> <p>Assasment (A) : masalah Gangguan Pola Tidur teratasi.</p> <p>Planning (P) : intervensi dihentikan.</p> <p>Pasien dipulangka.</p>
--	--	--	--	---

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Saskia Zahrani
Tempat/ Tanggal lahir : Ende, 30 Mei 2000
Alamat : Jalan Ikan Paus
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Paupanda 1
2. SDI Paupanda 2
3. SMP Negeri 1 Ende Selatan
4. SMA Islam Muthmainnah Ende

MOTTO

“ TETAPLAH BERDOA DAN BERUSAHA UNTUK MERAHAIH
KESUKSESAN “

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende*.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende* yang dapat memberi manfaat berupa pasien dan keluarga mengetahui tentang gout artritis, pasien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan hipertensi. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksana berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 8 jam setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / 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. Nama dan 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 silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081238186101.

Ende, 18 Juli 2021
Peneliti,



Saskia Zahrani
PO.5303202200529



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



LEMBAR KONSUL BIMBINGAN KTI

Nama : Suskia Zahran
NIM : PO.5703202200529
Pembimbing Utama : Iwan Budiana S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	28/02/2023	Judul karya	Acc	f
2.	01/03/2023	BAB 1	<ol style="list-style-type: none">1. Perbaiki penyetikan di judul, logo, nama, nrm, dan margin.2. Jelaskan kepanjangan WHO, NTT, Biskodas, dan kemenkes3. Masalah atau hal apa saja sehingga penyakit tersebut belum teratasi sesuai standar keperawatan.4. Rumusan masalah dan tujuan.5. Buatlah perbandingan dari rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya6. Tambahkan 10 paragraf mengenai hipertensi7. Jelaskan prevalensi dan urutan penyakit hipertensi di Indonesia, NTT, dan Ende.	f
3.	06/03/2023	BAB 1	<ol style="list-style-type: none">1. Tambahkan peran perawat2. Tambahkan pendapat3. Perbaiki penulisan4. Tambahkan data	f

4	13/03/2023	BAB 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki spasi dikompi 2. Urutkan data Global, Indonesia, NTT, Ende, RSUD Ende 3. Tambahkan pengertian hipertensi 4. Tambahkan pendapat dan peran perawat 5. Data RSUD Ende 	↓
5	03/04/2023	BAB 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki letak BAB 1 dan susun latar belakang 2. Tambahkan data untuk NTT 2 tahun terakhir 3. Perbaiki kata-kata agar bagus dibaca 4. Dari data Kabupaten Ende ok RSUD Ende harus ditambahkan 5. B peran perawat harus dituliskan 6. Baku SILKI, SDKI, SKI harus dituliskan 7. Kurangi berdasarkan 8. Lanjut BAB 2 	↓
6	15/05/2023	BAB 2	Lanjut BAB 3	↓
7	17/05/2023	BAB 1, 2, dan 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masukkan buku ke mendeley 2. Perhatikan margin, data NTT, Kab. Ende 3. Sebutkan peran perawat yang mengurangi hipertensi. 	↓
8	09/06/2023	BAB 1, 2, dan 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tulisan mendeley 2. Perbaiki pengetikan 3. Tambahkan peran perawat 4. Spasi dan daftar pustaka diperbaiki 	↓
9	12/06/2023	Konsil proposal dan PPT	Acc	↓
10	21/06/2023	Tarun penelitian dan konsultasi penelitian	Lanjut penelitian	↓

11	07-07-2023	Konsultasi BAB 4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki kembali pathway dan tambahkan masalah 2. Nomor halaman 3. Tambahkan diagnose di KTI 4. Pindahkan hasil study kasus ke subyek study kasus 5. Keluhan utama tambahkan definisinya diproposisi 6. Perbaiki data. 	↓
12			<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki picr sumber dan jenis huruf 2. Diruangan luas spasi 3. Lembar pengesahan dan persetujuan diantar 4. Perbaiki margin 5. Abstrak masukkan fenomena kasus. Angka romawi (1) dan romawi (2), palar dihapus, picr dan poltekas cukup 1 nomor, dan masukkan responden autor di depan email, masukkan hasilnya (keseluruhan), abstrak bahasa Inggris judul di bold dan 1 spasi. 6. Masukkan idang mendeley 7. Pengertian tabulasi data, klasifikasi data dan analisis data 8. Dengan kriteria hasil tambahkan angka jam yang diharapkan masalah dapat teratasi 9. Tambahkan 4 perbandingan dengan penelitian orang lain 	↓
13	17-07-2023	Abstrak, BAB 4 dan BAB 5.	Ace	

Mengartahi

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Ayu Wawaman, M.Kep, Ns, Sp. Kep. Kom
NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

NAMA : Suska Zatriani
NIM : PO.1303202200329
PENGLUJUH : Maria Salestina Sekurda, SST, N, Kes

No	Hari/tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1	15/06/2023	Ujian Proposal	1. Pengetikan 2. Pola-pola keasutan 3. Manifestasi fokus pada penyakit IIT saja 4. Pathway 5. Berdasarkan penelitian diletakkan dibalasan belakang	
2	17/06/2023	Revisi proposal	1. Pathway 2. Tambahkan sumber dipathway	
3	19/06/2023	Revisi proposal	Acc dan kembali kepenyumbang	
4	18/07/2023	Ujian KTI	1. Ubah diagnose dari penurunan curah jantung ke risiko penurunan curah jantung 2. Ubah diagnose dari nyeri akut ke gangguan tisu jaringan 3. Tambahkan diagnose ketidakpatuhan 4. Tambahkan rasional 5. Tambahkan catatan perkembangan SOAPIE dihan terakhir 6. Pengetikan 7. Tambahkan data	
5	22/07/2023		1. Tambahkan rasional 2. Pengetikan	
6	24/07/2023	Revisi KTI	Perbaiki rasional	

7	07/08/2023	Revisi KTI	Perbaiki kembali penulisan diagnosa dan medic.	CP
8	09/08/2023	Revisi KTI	Acc	ge

Mengetahui

Kemahasiswaan
Kena Program Studi D-III Keperawatan Ende



Arti Wawaton, M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001