

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



INFORMED CONSENT

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisiapan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : **Fitriani Aminah Nur Daud**, Dengan judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Diruang Perawatan Penyakit Dalam III 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.

Ende, 25 Mei 2025

Saksi



AURELIA

Yang Memberi Persetujuan



Peneliti


Fitriani Aminah Nur Daud
PO5303202220011

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Perawatan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Perawatan Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini dilaksanakan selama tiga hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosa, penetapan rencana keperawatan implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20 – 30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Namun jati diri serta seluruh informasi Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor telepon : 081238232167

Lampiran 3



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

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. T.H DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE

1. Pengkajian

A. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama : Ny. T.H

Umur : 64 Tahun

Agama : Kristen

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Menikah

Pendidikan : Sekolah Dasar

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Suku Bangsa : Ende

Alamat : Jl. Marilonga

Tanggal Masuk : 20 Mei 2025

Tanggal Pengkajian : 24 Mei 2025

No. Register : 106864

Diagnosa Medis : Hipertensi

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. M.G

Umur : 75 Tahun

Hub. dengan pasien : Suami

Pekerjaan : Buruh Kasar

Alamat : Jl. Marilonga

3) Status Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan utama

Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing serta penglihatan kabur.

b) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pada hari Selasa 20 Mei 2025 pada pagi hari, pasien sakit kepala bagian belakang lalu pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, serta mual dan muntah.

c) Alasan Masuk Rumah Sakit dan Perjalanan Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan mulai merasakan sakit kepala pada hari Selasa 20 Mei 2025 pada pukul 03.00 Wita ketika masih di rumah. Karena sakit kepala yang sudah tidak tertahankan ditambah dengan pusing serta penglihatan yang perlahan kabur dan menggelap maka pukul 05.00 Wita pasien diantar ke rumah sakit. Saat di rumah sakit, tepatnya di UGD pasien mendapatkan pengobatan seperti amlodhipine dan paracetamol. Setelah diberikan perawatan dan pengobatan, kondisi pasien perlahan membaik dan meminta untuk pulang namun pada

pukul 17.00 Wita, keluhan pasien kembali kambuh yaitu sakit kepala bagian belakang, penglihatan kabur dan menggelap serta mual muntah sehingga pasien kembali di antarkan ke rumah sakit pada pukul 21.30 Wita dan diberikan pengobatan di UGD seperti paracetamol dan ondansetron untuk mengatasi mual dan muntahnya hingga akhirnya di rawat di ruangan RPD III.

d) Upaya yang dilakukan Untuk Mengatasi

Pasien mengatakan hanya menggunakan minyak kayu putih yang dioleskan di kepala namun karena sakit yang dirasakan berlebihan, pasien akhirnya memilih untuk diantar ke rumah sakit pada tanggal 20 Mei 2025.

4) Status Kesehatan Masa Lalu

a) Penyakit Yang Pernah Dialami

Pasien mengatakan pernah menderita Diabetes Melitus sejak 14 tahun yang lalu dan selalu mendapatkan pengobatan insulin melalui posyandu lansia yaitu 1 paket Glibenclamide 5mg yang diminum setiap hari.

b) Pernah Dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sebelumnya

c) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi makanan, minuman, obat-obatan maupun cuaca.

d) Kebiasaan (minum)

Pasien mengatakan karena menderita diabetes mellitus, pasien minum kurang lebih 5-6 gelas/hari.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan juga penyakit lainnya.

6) Diagnosa Medis dan Therapy Yang Didapat Sebelumnya

Diagnosa Medis sebelumnya yaitu Diabetes Melitus dan pasien mengatakan hanya pernah mendapatkan insulin dari posyandu lansia yaitu 1 paket Glibenclamide 5mg yang diminum setiap hari.

7) Pola Kebutuhan Dasar (data Bio-Psiko-Sosial-Spiritual)

a) Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami.

Pasien mengatakan jika nyeri pada kepala atau pusing, pasien akan memilih untuk pergi ke puskesmas atau klinik kedokteran untuk mendapatkan pengobatan.

b) Pola Nutrisi Metabolik

1) Sebelum sakit : pasien mengatakan makan tiga kali sehari dengan porsi makan dihabiskan, pasien mengatakan makan dengan menu seperti nasi merah, sayuran dan juga ikan. Pasien mengatakan kurang lebih minum 5-6 gelas/hari atau 1.200 cc. Pasien

mengatakan ketika masih muda hingga sekarang sering makan olahan ikan asin dan makanan bersantan.

2) Saat sakit : Pasien mengatakan hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan dikarenakan merasa mual muntah dan pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan dengan isi muntahan adalah makanan yang dimakan. Pasien mengatakan memakan bubur yang diberikan oleh rumah sakit dan minum kurang lebih 5-6 gelas/hari atau 1.200 cc.

c) Pola Eliminasi

1) Sebelum Sakit : pasien mengatakan BAB normal dengan konsistensi padat, pasien mengatakan BAB 3 kali sehari. Pasien juga mengatakan BAK lebih dari 4-5 kali sehari dan kencing berbusa.

2) Saat Sakit : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang. Pasien juga mengatakan BAK 3-4 kali sehari dan kencing berbusa.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

1) Sebelum Sakit : Pasien mengatakan melakukan seluruh aktivitas di rumah seperti membersihkan rumah, memasak namun karena usianya pasien mengatakan terkadang dibantu oleh anak dan cucunya. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat melakukan aktivitas.

2) Saat Sakit : Seluruh aktivitas tampak pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah. Pasien juga mengatakan selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan.

e) Pola Kognitif dan Persepsi

Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar. Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing.

f) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan dampak penyakit terhadap dirinya membuatnya tidak bisa melakukan aktivitas yang sering dia lakukan dan hanya berbaring di bed saja. Pasien juga mengatakan ingin sembuh agar bisa kembali beraktivitas.

g) Pola Istirahat dan Tidur

1) Sebelum sakit : pasien mengatakan tidur nyenyak namun terkadang terbangun untuk BAK. Pasien mengatakan tidur dari jam 20.00 Wita dan bangun jam 05.00 atau 06.00 Wita.

2) Saat Sakit : pasien mengatakan kesulitan tidur karena sakit kepala yang dirasakan. Pasien mengatakan tidur jam 20.00 Wita dan bangun jam 05.00 Wita namun pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena sakit kepala. Pasien mengatakan

sering terbangun saat jam 01.00 Wita dan kembali tidur jam 03.00 Wita.

h) Pola Peran Hubungan

Pasien mengatakan tinggal bersama suami dan anak cucunya. Pasien mengatakan bersosialisasi dan memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarga dan tetangga di tempat tinggalnya serta tidak memiliki masalah keluarga.

i) Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien mengatakan sudah mengalami menopause sejak tahun 2021 pada umur 61 Tahun dan mengatakan tidak memiliki keluhan pada seksualitas dan reproduksi.

j) Pola Stress dan Koping

Pasien mengatakan tidak begitu cemas dengan keadaannya walaupun ini pertama kalinya dirinya mengalami hal seperti ini dan pasien juga mengatakan menceritakan masalah yang dialami pada suami dan anak-anaknya.

k) Pola Nilai dan Kepercayaan

1) Sebelum Sakit : Pasien mengatakan beragama Kristen dan rajin ke gereja pada hari minggu pagi.

2) Saat Sakit : Pasien mengatakan hanya berdoa di bed saja karena tidak bisa pergi ke gereja

8) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum : Pasien tampak lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : 15 (E : 4 V : 5 M : 6)

b) Tanda-tanda vital : N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5⁰C,

SpO₂ : 98%, RR : 19×/menit

c) Berat Badan : 32 Kg

Tinggi Badan : 155 Cm

IMT : $BB/TB^2 = 32\text{Kg}/155\text{Cm}^2 = 32/1,55 \times 1,55 = 32/2,4025 = 13,31$

Kg (Underweight)

BBI : $(TB - 100) - (TB - 100) \times 15\% = (155 - 100) - (155 - 100) \times 15\% = 46,75$

d) Keadaan fisik (Inspeksi, palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Kepala, Mata, Telinga, Hidung, Mulut dan Leher

Inspeksi : Pada daerah kepala tampak normal tidak ada hematoma, rambut uban dan kulit kepala tampak bersih, mata tidak ada kuning dan sklera mata bersih, konjungtiva merah muda, hidung tidak pilek atau adanya sumbatan, bibir tampak pucat dan mulut tampak bersih, gigi lengkap dan tidak ada yang ompong, leher tidak tampak pembengkakan dan pasien tampak meringis

Palpasi : Tidak teraba nyeri tekan atau pembengkakan pada wajah dan kepala serta tidak teraba pembengkakan dan distensi vena jugularis pada leher

2) Dada

a) Paru-Paru

Inspeksi : Kedua dinding dada simetris, tidak tampak adanya penggunaan otot bantu napas

Palpasi : getaran fokal fremitus normal dan getaran yang dirasakan sama antara kiri dan kanan lapang paru

Perkusi : Bunyi perkusi sonor

Auskultasi : Bunyi napas kedua lapang paru vesikuler

b) Jantung

Pada jantung tidak teraba adanya palpitasi atau jantung berdebar-debar, saat diperkusi tidak ada pembesaran pada jantung dan bunyi jantung S1 dan S2 (Lub-Dub), tidak ada mur-mur dan gallop.

3) Abdomen

Inspeksi : tidak tampak adanya pembesaran ataupun pembengkakan pada perut

Auskultasi : bising usus 6x/menit

Palpasi : tidak teraba adanya pembengkakan pada perut dan tidak teraba adanya nyeri tekan

Perkusi : Bunyi perkusi tympani

4) Genitalia

Pada genitalia tidak terpasang kateter

5) Integumen

Inspeksi : kulit tampak keriput dan tidak ada kemerahan, tampak tidak adanya luka atau lesi

Palpasi : Kulit teraba dingin

6) Ekstremitas

a) Ekstremitas atas :

Inspeksi : Terpadang infus Ringer Laktak 20tpm pada lengan kanan

Kekuatan Otot :

4	4
4	4

Saat melakukan pemeriksaan, ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan, ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan

Palpasi : CRT < 3 detik, akral dingin

b) Ekstremitas Bawah

Inspeksi : tidak tampak adanya udem pada kedua kaki

Palpasi : tidak teraba adanya udem, saat menekan pada bagian esktremitas bawah pasien mengatakan tidak merasakan nyeri tekan.

9) Neurologis

Keluhan Subjektif (Nyeri)

P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala

Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk

R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang

S : Skala nyeri 7 (nyeri berat)

T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

10) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan Darah (20 Mei 2025)

Tabel 4.1 Hasil Pemeriksaan darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	WBC	36.1 – 11 [$10^3/uL$]	7.9 [$10^3/uL$]
2	RBC	3.6 – 5.3 [$10^3/uL$]	3.8 [$10^3/uL$]
3	HGB	11 – 15g/dl	9.10g/dl
4	HCT	30.2 – 42.3%	28.0% (-)
5	MCV	78.6 – 102.2 fL	73.11 fL
6	MCH	25.2 pg	23.8 pg
7	PLT	128 – 434 [$10^3/uL$]	213 [$10^3/uL$]
8	MCHC	31.3 – 35.4 g/dl	32.5 g/dl
9	RDW	10.6 – 15.7%	11.9 %

b) Pemeriksaan Gula Darah (24 Mei 2025)

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Gula Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Glukosa Sewaktu	70 – 140 mg/dl	235 mg/dl

c) Pemeriksaan Lemak Darah (22 Mei 2025)

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Lemak Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Cholesterol Total	< 200 mg/dl	174 mg/dl
2	HDL - Cholesterol	> 45 mg/dl	51 mg/dl
3	LDL - Cholesterol	<130 mg/dl	104 mg/dl
4	Trigliserida	<150 mg/dl	94 mg/dl

d) Pemeriksaan Faal Ginjal (22 Mei 2025)

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Faal Hati

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
1	Ureum	10 – 50 mg/dl	23.5 mg/dl
2	Creatinin	0.6 – 1.2 mg/dl	0.54 mg/dl

e) Pemeriksaan EKG

Pada pemeriksaan EKG yang dilakukan pada 20 Mei 2025 didapatkan hasil sinus rhythm (sinus normal) dengan HR 69x/menit.

11) Pengobatan atau Penatalaksanaan

Pengobatan yang diberikan oleh dokter kepada pasien diantaranya :

- a) Ondansetron 3×4 mg / IV (20 – 25 Mei 2025)
- b) Amlodiphine Basilate 1×10 mg/oral (20 – 25 Mei 2025)
- c) Candensentran 1×8 gr/oral (20 – 22 Mei 2025)
- d) Citicolin 2×500 mg/IV (22 – 24 Mei 2025)
- e) Manitol 20 tpm 100cc/6 jam (24 – 26 Mei 2025)
- f) Novarapid Insulin 3×4 unit/SC (22 – 26 Mei 2025)

B. Tabulasi data

Pasien mengeluh sakit kepala bagian belakang, pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, mual dan muntah, pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami, seluruh aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan, penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing, pasien tampak lemah, pasien tampak meringis, kesadaran composmentis, GCS 15 (E : 4 V : 5 M : 6), N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5⁰C, SpO₂ : 98%, RR : 19×/menit, bibir tampak pucat, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan, ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan), pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan, BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan, GDS : 235

mg/dl, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang, bising usus 6x/menit

C. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengeluh sakit kepala bagian belakang, pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap, mual dan muntah, pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami, Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan juga merasa pusing saat berjalan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien akan merasa pusing,

P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala,

Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, **R** : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, **S** : Skala nyeri 7 (nyeri berat), **T** : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan, pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang

DO : pasien tampak lemah, pasien tampak meringis, kesadaran composmentis, seluruh aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan,

ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan), GCS 15 (E : 4 V : 5 M : 6), N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5⁰C, SpO₂ : 98%, RR : 19×/menit, bibir nampak pucat, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali tiap kali makan, GDS : 235 mg/dl, bising usus 6x/menit

D. Analisa Data

Tabel 4.5 Analisa data

No	Syng/Symphtomp	Etiologi	Problem
1	DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuj-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul DO : pasien tampak meringis, N : 75×/menit, TD : 150/100 mmHg. S : 36,5 ⁰ C, SpO ₂ : 98%, RR : 19×/menit	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
2	DS : Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah, selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah DO : pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15, kekuatan otot : 4 (ekstremitas pasien tampak bisa diangkat namun saat diberikan tekanan,	Ketidakeimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	Intoleransi Aktivitas

	ekstremitas pasien tidak mampu menahan tekanan)		
3	DS: Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar. Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien mengatakan juga merasa pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap DO : -	Gangguan Penglihatan	Risiko Jatuh
4	DS : Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami DO : -	Kurang Terpapar Informasi	Defisit pengetahuan
5	DS : Pasien mengeluh mual dan muntah, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan DO : Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg	Ketidakmampuan Menelan Makanan	Defisit Nutrisi
6	DS : Pasien mengeluh lemas, dan pusing DO : Pasien tampak lemah, GDS : 235 mg/dl, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa
7	DS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang DO : bising usus 6x/menit	Ketidakcukupan diet	Konstipasi
8	DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul,	Hipertensi	Perfusi Serebral Tidak Efektif

pasien mengeluh mual dan muntah
DO : TD : 150/100 mmHg,
pasien tampak muntah sebanyak tiga kali.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien mengeluh mual dan muntah

DO : TD : 150/100 mmHg, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali

- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh sakit kepala hebat, pusing, P : Pasien mengatakan merasakan nyeri dan sakit pada kepala jika memiringkan kepala kekiri dan kekanan serta sering menggerakkan kepala, Q : nyeri yang dirasakan seperti ditusuj-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, S : Skala nyeri 7 (nyeri berat), T : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang muncul

DO : Pasien tampak meringis, N : 75×/menit, TD : 150/100, mmHg. S : 36,5⁰C, SpO₂ : 98%, RR : 19×/menit

- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh mual dan muntah, pasien hanya makan 3-4 sendok makan dan porsi makanan tidak dihabiskan

DO : Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan. BB : 32 kg, IMT : 13,31 kg

- d. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen ditandai dengan :

DS : Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan minum, berpakaian, mandi, toileting, dan berpindah. Pasien juga mengatakan selama sakit tidak mampu melakukan kegiatan atau aktivitas karena merasa lelah dan lemah

DO : pasien tampak lemah, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

- e. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh lemas, dan pusing

DO : Pasien tampak lemah, GDS : 235 mg/dl, bibir tampak pucat, kesadaran composmentis, GCS 15

- f. Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet ditandai dengan :

DS : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk rumah sakit hingga sekarang

DO : bising usus 6x/menit

g. Risiko Jatuh berhubungan dengan gangguan penglihatan ditandai dengan

:

DS: Pasien mengatakan penglihatan kabur serta pandangan berputar-putar.

Pasien mengatakan, ketika berjalan pasien hanya mampu melihat lurus kedepan karena jika melihat kekiri dan kekanan, pasien mengatakan juga merasa pusing dan berangsur-angsur penglihatan kabur dan tampak gelap

DO : -

h. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi :

DS : Pasien mengatakan bahwa ini pertama kalinya mengalami penyakit hipertensi dan kurang paham terkait penyakit hipertensi yang dialami

DO : -

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan diatas maka prioritas masalah keperawatan diantaranya :

- a. Perfusi Serebral Tidak Efektif
- b. Nyeri Akut
- c. Defisit Nutrisi
- d. Intoleransi Aktivitas
- e. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
- f. Konstipasi
- g. Risiko Jatuh
- h. Defisit Pengetahuan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun 2) Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Intervensi Keperawatan : Pantauan Tekanan Intrakranial Observasi a) Monitor Peningkatan TD b) Monitor penurunan frekuensi jantung c) Monitor irreguleritas irama napas Terapeutik d) Tinggikan bagian kepala Kolaborasi e) Kolaborasi pemberian obat penurun tekana intrakranial	Observasi a) peningkatan tekanan darah dapat menjadi penyebab terjadinya peningkatan tekanan intrakranial karena pembuluh darah b) penurunan frekuensi jantung dikarenakan peningkatan tekanan intrakranial dapat menjadi masalah yang dapat menyebabkan kegagalan fungsi otak c) irama napas menjadi salah satu tanda gejala penekanan tekanan intrakranial dikarenakan TIK dapat menyebabkan frekuensi jantung menurun dan menyebabkan hipoksia dan sesak napas Terapeutik d) Meninggikan bagian kepala, biasanya hingga sudut 30 derajat, memiliki rasional untuk mengurangi tekanan intrakranial, meningkatkan perfusi serebral, dan meningkatkan oksigenasi jaringan otak. Posisi ini juga memfasilitasi aliran darah kembali ke jantung (venous return) e) mengurangi edema serebral pada perdarahan intraserebral akut.

2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Frekuensi nadi membaik 3) Keluhan tidak bisa tidur menurun	<p>Intervensi Keperawatan : Observasi</p> <p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <p>a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>b) Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>c) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>d) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis TENS, hipnosis, akupuntur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>e) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>f) Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>g) Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>Observasi</p> <p>a) Membantu dalam memahami sumber atau penyebab nyeri, apakah berasal dari jaringan tubuh tertentu (misalnya otot, sendi, organ internal) atau akibat cedera atau kondisi medis tertentu.</p> <p>b) Respon tubuh seperti ekspresi wajah, perubahan perilaku, atau gerakan tubuh dapat menjadi indikator yang jelas bahwa pasien sedang mengalami nyeri. Mengamati tanda-tanda ini memungkinkan pemberian intervensi lebih cepat dan tepat untuk meredakan nyeri.</p> <p>c) meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup mereka. Dengan mengetahui faktor-faktor pasien dapat lebih mudah melakukan penyesuaian dalam aktivitas sehari-hari untuk meminimalkan ketidaknyamanan</p> <p>Terapeutik</p> <p>d) teknik non farmakologis seperti terapi fisik, akupuntur, pijat, atau meditasi, dapat membantu mengurangi, ketergantungan pada obat-obatan, terutama obat</p>
---	---	--	--	--

-
- h) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
 - Kolaborasi
 - i) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

penghilang nyeri yang berisiko tinggi menyebabkan efek samping atau ketergantungan seperti opioid. Dengan menggunakan teknik ini pasien dapat mengelola nyeri mereka dengan cara yang lebih aman, mengurangi potensi efek samping atau kecanduan obat.

- e) lingkungan yang bising dan juga pencahayaan yang tidak bagus dapat meningkatkan stress atau kecemasan sehingga meningkatkan sensitivitas pada nyeri dan memperburuk nyeri
- f) tidur meningkatkan rileks sehingga mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan energi

Edukasi

- g) penjelasan mengenai strategi meredakan nyeri dapat membantu pasien dalam perilaku menurunkan rangsangan nyeri. Pemilihan strategi juga disesuaikan dengan jenis nyeri yang dirasakan pasien
 - h) teknik non farmakologis yang diajarkan harus sesuai dengan nyeri yang dirasakan agar pasien mampu meredakan
-

						<p>rangsangan nyeri yang dirasakan secara mandiri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>i) pemberian analgetik dianjurkan jika nyeri yang dirasakan sangat tinggi dan teknik non farmakologis tidak dapat menurunkan perasaan nyeri tersebut.</p>
3	Defisit Nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :	Intervensi Keperawatan : Manajemen Nutrisi	Observasi	Observasi	<p>a) menilai kecukupan gizi dan asupan makanan serta mendeteksi adanya risiko malnutrisi sehingga dapat menentukan intervensi nutrisi yang tepat</p> <p>b) penurunan asupan makanan bisa menjadi tanda awal masalah penyakit atau masalah nutrisi lainnya serta mendeteksi kecukupan nutrisi</p>
		1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Indeks massa tubuh membaik	a) Identifikasi status nutrisi b) Monitor asupan makanan	Terapeutik	Terapeutik	<p>c) suhu makanan yang sesuai dapat meningkatkan nafsu makan dan menimbulkan ketertarikan untuk makan.</p>
			Edukasi		Kolaborasi	<p>d) posisi duduk membantu menjaga agar tidak tersedak sehingga mengurnagi risiko makanan masuk dalam saluran pernapasan.</p>
			c) Sajikan makan secara menarik dengan suhu sesuai			
			d) Anjurkan makan dalam posisi duduk jika mampu			
			e) Anjurkan makan sedikit tapi sering			

				e) makan sedikit tapi sering membuat lambung lebih mudah mencerna makanan sehingga mengurangi ketidaknyamanan dan juga mual.
4	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1) Keluhan lelah menurun 2) Perasaan lemah menurun 3) Tekanan darah membaik	Intervensi Keperawatan : Manajemen Energi Observasi a) Monitor kelelahan fisik dan emosional b) Monitor Pola Tidur c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik d) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) Edukasi e) Anjurkan tirah baring	: Observasi a) kelelahan fisik dan emosional dapat menjadi penyebab utama terjadinya intoleransi aktivitas. Kelelahan tidak hanya pada fisik seperti kondisi penyakit atau aktivitas berlebih namun juga pada emosional dimana stress dan kondisi psikologis lainnya juga dapat menyebabkan kelelahan b) tidur yang cukup dapat menurunkan perasaan lelah dan lemah, berbanding jika tidur tidak cukup maka tubuh akan lebih cepat mengalami kelelahan dan produktivitas c) ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dapat menjadi faktor kelelahan dan adanya masalah saat produktivitas. Terapeutik d) lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dapat membantu mengurangi faktor-faktor yang dapat menyebabkan kelelahan dan lemah

			f) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	Edukasi e) tirah baring dapat meningkatkan energi dan menurunkan perasaan lelah dan lemah serta membantu pemulihan energi f) melakukan aktivitas secara bertahap dapat membantu menurunkan perasaan lelah dan lemah dan memungkinkan tubuh beradaptasi dengan beban fisik yang lebih ringan sesuai dengan kondisi tubuh
5	Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1) Kadar glukosa dalam darah membaik 2) Pusing menurun	Intervensi Keperawatan : Manajemen Hiperglikemi Observasi a) Monitor kadar glukosa darah b) Monitor tanda gejala hiperglikemia Terapeutik c) Berikan asupan cairan oral Edukasi d) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga Kolaborasi	: Observasi a) memastikan kadar gula darah tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut b) mendeteksi sejak dini jika kadar gula darah terlalu tinggi sehingga membantu mencegah komplikasi Terapeutik c) peningkatan kadar gula darah dapat menyebabkan tubuh mengeluarkan lebih banyak cairan sehingga tubuh dapat mengalami dehidrasi

			e) Kolaborasi pemberian insulin	Edukasi
				d) membantu mengontrol kadar gula darah karena diet dan olahraga teratur dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu tubuh menggunakan glukosa dengan lebih efisien
				Kolaborasi
				e) memastikan pasien mendapatkan dosis insulin yang tepat sesuai kebutuhan mereka
6	Konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan diet	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : 1) Frekuensi defekasi membaik 2) Keluhan defekasi sulit menurun 3) Peristaltik usus membaik	Intervensi Keperawatan : Manajemen Eliminasi Fekal Observasi a) Monitor buang air besar b) Monitor tanda gejala konstipasi Terapeutik c) Berikan air hangat setelah makan d) Sediakan makanan tinggi serat Edukasi	Observasi a) memastikan buang air besar lancar dan tetap dalam batas normal sehingga mencegah komplikasi lebih lanjut b) mendeteksi secara dini adanya konstipasi dan mencegah komplikasi tambahan Terapeutik c) pemberian air hangat dapat dilakukan dengan tujuan membantu merelaksasi otot saluran cerna dan merangsang pergerakan usus

			e) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi serat	d) makanan tinggi serat mampu melunakkan feses dengan menahan air dalam feses sehingga menjadi lebih lunak dan mudah dikeluarkan	
				Edukasi	
				e) makanan tinggi serat mampu melunakkan feses sehingga mengonsumsi makanan tinggi serat disarankan pada penderita konstipasi	
7	Risiko berhubungan dengan gangguan penglihatan	Jatuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1) Jatuh dari tempat tidur tidak terjadi 2) Jatuh saat berdiri tidak terjadi 3) Jatuh saat berjalan tidak terjadi	Intervensi Keperawatan : Pencegahan Jatuh Observasi a) Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia>65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya	: Observasi a) beberapa faktor diatas dapat meningkatkan risiko jatuh sehingga identifikasi dilakukan untuk menentukan intervensi yang tepat b) Kemampuan berpindah dapat menyebabkan risiko jatuh tinggi jika tubuh atau kondisi melemah, dilakukan monitor kemampuan agar dapat menurunkan risiko jatuh Terapeutik c) pemasangan handrail bertujuan agar meminimalisir jatuh dari atas tempat tidur

		<p>Terapeutik</p> <p>c) Pasang handrail tempat tidur</p> <p>d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah</p> <p>e) Kunci roda pada tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>f) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	<p>dan membantu pasien ketika hendak berpindah posisi</p> <p>d) posisi tempat tidur rendah dapat membantu pasien agar dapat mudah berpindah dari tempat tidur ke tempat lain dan meminimalisir terjadinya jatuh</p> <p>e) penguncian roda bertujuan agar meminimalisir jatuh dari atas tempat tidur dan membantu pasien ketika hendak berpindah posisi</p> <p>Edukasi</p> <p>f) dengan memanggil perawat mencegah terjadinya jatuh dan meminimalisir cedera yang terjadi</p>	
8	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1) Perilaku sesuai pengetahuan meningkat</p> <p>2) Persepsi keliru terhadap masalah menurun</p>	<p>Intervensi Keperawatan : Edukasi Kesehatan</p> <p>a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p>	<p>a) kesiapan menerima informasi menjadi acuan apakah siap untuk menerima informasi secara mendalam</p> <p>b) materi menjadi acuan dalam pemberian edukasi kesehatan dan juga dapat diberikan dalam bentuk media yang mudah dipahami</p> <p>c) jadwal pendidikan kesehatan yang sesuai dapat meningkatkan pemahaman dan meningkatkan pengetahuan bagi sasaran</p>

d) Berikan kesempatan untuk bertanya

d) bertanya menjadi salah satu bentuk respon dari sasaran agar dapat menjadi tolak ukur apakah sasaran tersebut belum paham atau paham dan dapat membantu dalam memberikan penjelasan kepada sasaran

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Sabtu, 24 Mei 2025	Diagnosa I	07.25	a) Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 150/100 mmHg	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasakan sakit kepala dan juga pusing, sakit kepala seperti ditusuk-tusuk, pasien mengeluh masih mual dan muntah. O : TD : 110/70 mmHg, pasien tampak muntah sebanyak tiga kali A : Masalah perfusi serebral belum teratasi. P : Intervensi dipertahankan
			08.00	b) Penatalaksanaan pemberian Manitol 20 tetes permenit/IV dengan hasil : Pemberian manitol 100cc 20tpm/IV	
			09.30	c) Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 110/70 mmHg.	
			11.45	d) Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 150/100 mmHg	
			11.50	e) Memonitor ireguleritas jalan napas dengan hasil : saat dilakukan inspeksi irama napas pasien	
2		Diagnosa II	07.25	a) Memeriksa tanda-tanda vital dengan hasil TD : 150/100mmHg, N : 75x/menit, RR : 19x/menit, SpO ₂ : 98%, S : 36,5 ⁰ C.	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih sakit pada kepala bagian belakang, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada kepala bagian belakang, skala nyeri 7 (nyeri berat), nyeri yang dirasakan hilang muncul, pasien mengatakan masih merasa pusing.
			08.00	b) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan hasil : P : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan ketika melihat ke arah kiri dan kanan serta menggerakkan kepala, Q : kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri di kepala	

		bagian belakang, S : skala nyeri 7 (nyeri berat), T : nyeri yang dirasakan hilang muncul.	O : TD : 110/70 mmHg, N : 74x/menit, RR : 22x/menit, SpO ₂ : 94%, S : 36,5 ^o C.
	09.00	c) mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan hasil : meminta para pengunjung dan keluarga untuk tidak berisik dan lebih tenang agar Ny. T.H tidak merasakan sakit kepala.	A : Masalah nyeri akut belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi
	09.30	d) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri (napas dalam) dengan hasil : mengajarkan teknik napas dalam dengan meminta Ny. TH meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul.	
	10.00	e) Memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil : membantu dengan meletakkan bantal dibagian kepala pasien agar lebih tinggi dan membantu merapikan tempat tidur agar Ny. TH lebih nyaman saat tidur.	
3	Diagnosa III	08.00 a) Mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil : pasien mengatakan hanya makan 3-4 sendok makan saja karena merasa mual dan muntah. Pasien tampak muntah sebanyak tiga kali saat makan.	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa mual muntah dan hanya makan 3 – 4 sendok makan. O : pasien tampak muntah tiga kali saat makan serta

		11.00	b) Menganjurkan untuk makan dalam posisi duduk dengan hasil : menganjurkan kepada pasien untuk makan sambil duduk bersandar agar tidak tersedak.	porsi makanan tidak dihabiskan, A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.
		12.50	c) Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat dan lauk seperti sayuran dan ikan yang disiapkan dari rumah sakit.	
4	Diagnosa IV	07.40	a) Memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil : pasien mengatakan merasa lelah dan lemah di sekujur tubuh dan pusing	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemah, pasien mengatakan masih merasa lelah ketika melakukan aktivitas. O : pasien nampak lelah dan lemah. A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.
		08.00	b) Memonitor pola tidur dengan hasil : pasien mengatakan kesulitan tidur karena nyeri yang dirasakan pada kepala sehingga terkadang pasien bangun pada malam hari karena merasakan nyeri pada kepala bagian belakang	
		09.00	c) Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus dengan hasil : menjelaskan dan meminta kepada pengunjung agar tidak berisik dan lebih tenang dan mengatur tempat tidur serta posisi pasien agar lebih nyaman untuk tidur.	
		10.00	d) menganjurkan tirah baring dengan hasil : meminta pasien untuk beristirahat agar mendapatkan energi dan tidak lelah.	

		13.00	e) Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas secara bertahap yaitu perlahan-lahan untuk duduk di bed selama lima menit lalu kembali berbaring dan meminta kepada keluarga untuk menemani pasien selama melakukan aktivitas seperti ke kamar mandi.	
5	Diagnosa V	08.00	a) Memonitor tanda gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan merasa pusing dan lemas	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa pusing serta lelah dan lemas.
		12.35	b) Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil : kadar glukosa darah 235 mg/dl	O : kadar glukosa darah : 254 mg/dl, pasien tampak lelah dan lemah.
		12.00	c) Memberikan insulin 4 unit/SC.	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.
		13.20	d) Memberikan asupan cairan oral dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc	P : Lanjutkan Intervensi
6	Diagnosa VI	09.00	a) Memonitor buang air besar dengan hasil : pasien mengatakan masih belum buang air besar.	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih belum buang air besar.
		09.30	b) Memonitor gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 6x/menit.	O : frekuensi peristaltik usus 6x/menit.

	12.50	c) Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 3-4 sendok makan saja dan porsi makanan tidak dihabiskan.	A : masalah konstipasi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi
	13.00	d) Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga.	
	13.30	e) Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc.	
7	Diagnosa VII	08.00 a) Mengidentifikasi risiko jatuh dengan hasil : Ny TH merupakan pasien dengan risiko jatuh tinggi dikarenakan pasien berumur 64 tahun dan penglihatan kabur dan berputar-putar.	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan penglihatan masih kabur, gelap dan berputar-putar, saat mencoba berjalan pasien masih sulit untuk melihat kekanan dan kekiri karena masih pusing dan hanya mampu melihat lurus kedepan.
		08.10 b) Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun sebaliknya dengan hasil : pasien bisa berpindah dari kursi ke bed maupun sebaliknya namun harus dibantu keluarga	O : - : A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : Intervensi dipertahankan.
		10.00 c) Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : memasang handrail pada satu sisi bed yaitu pada sebelah kiri karena sebelah kanan sudah dempet dengan dinding	

	10.05	d) Mengunci roda bed dengan hasil : mengunci roda bed pasien yaitu mengunci keempat roda bed pasien	
	10.10	e) Mengajukan untuk memanggil perawat jika hendak berpindah dengan hasil : meminta kepada pasien jika hendak berpindah jika keluarga tidak berada di tempat	
8	Diagnosa VIII	08.00 a) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil : pasien mengatakan tidak paham terkait penyakit yang dialami yaitu penyakit hipertensi dan mengatakan siap untuk menerima edukasi yang akan diberikan	Pukul 13.30 S : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang diberikan. O : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan dan mampu menjelaskan kembali tentang pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala dan komplikasi yang akan dialami..
	11.30	b) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan pasien dengan hasil : menjelaskan terkait pengertian hipertensi, penyebab, tanda gejala dan komplikasi yang akan dialami	A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. P : Intervensi dipertahankan.
	11.40	c) Memberikan kesempatan untuk bertanya pada pasien dan keluarga dengan hasil : pasien dan keluarga bertanya mengapa hipertensi bisa terjadi pada usia tua dan dijelaskan bahwa usia tua sangat rentan terkena hipertensi karena pembuluh darah sudah kaku dan tidak lentur sehingga dapat meningkatkan tekanan pada darah.	

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
1	Minggu, 25 Mei 2025	Diagnosa I	07.30 08.00 09.30 11.40 13.00 13.00	a) Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 110/80 b) Penatalaksanaan pemberian manitol dengan hasil : diberikan manitol 100cc 20tpm/IV c) Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 95/75 mmHg. d) Memonitor tekanan darah dengan hasil : TD : 100/80 mmHg e) Penatalaksanaan pemberian manitol dengan hasil : diberikan manitol 20 tpm/IV 100cc/6 jam f) Membantu meninggikan bagian kepala pasien dengan hasil : : membantu dengan meletakkan bantal dibagian kepala pasien agar lebih tinggi.	Pukul 13.30 S : pasien masih mengeluh sakit pada kepala bagian belakang dan pusing, pasien mengeluh masih mual dan muntah. O : TD : 100/80 mmHg, pasien tampak muntah dua kali. A : Masalah perfusi serebral belum teratasi. P : Intervensi dipertahankan.
2		Diagnosa II	07.30	a) Melakukan pengukuran tanda-tanda vital dengan hasil : TD : 110/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, SpO ₂ : 96%, S : 36,5 ⁰ C. Pukul 08.00 Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan hasil : P : nyeri yang dirasakan ketika menggerakkan kepala pasien kekiri dan kekanan, Q : kualitas seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri yang dirasakan pada	Pukul 13.30 S : pasien masih mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang, kualitas nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 (nyeri sedang), nyeri yang dirasakan hilang muncul.

	kepala bagian belakang, S : skala nyeri 5 (nyeri sedang), T : nyeri yang dirasakan hilang muncul	O : TD : 100/80 mmHg, N : 74x/menit, RR : 19x/menit, SpO ₂ : 96%, S : 36,5 ⁰ C.
09.30	b) mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dengan hasil : meminta kepada pengunjung dan juga keluarga untuk tidak berisik dan lebih tenang	A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.
10.00	c) menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan hasil : menjelaskan teknik napas dalam yaitu meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul agar pasien dapat melakukan secara mandiri.	

3	Diagnosa III	08.00	a) Memonitor asupan makanan dengan hasil : pasien mengatakan masih muntah sebanyak dua kali saat makan tadi pagi.	Pukul 13.30
		11.00	b) Menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil : menganjurkan pasien untuk bubur perlahan atau persendok agar tidak muntah	S : pasien mengatakan masih merasa mual muntah dan hanya makan 3 – 4 sendok. O : pasien tampak muntah dua kali saat makan dan porsi makanan tampak tidak dihabiskan, kadar glukosa darah : 245 mg/dl.
		12.50	c) Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat yang disiapkan dari rumah sakit.	A : Masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.
4	Diagnosa IV	08.00	a) Memonitor kelelahan fisik dan emosional dengan hasil : pasien mengeluh masih merasa lelah dan lemah.	Pukul 13.30
		09.30	b) Menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus dengan hasil : meminta pengunjung untuk tidak ribut agar pasien lebih tenang dan mengatur posisi pasien agar lebih nyaman	S : pasien mengatakan masih merasa lelah dan lemah saat melakukan aktivitas maupun tidak dan aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga. O : Pasien tampak lelah dan lemah.
		10.40	c) Menganjurkan tirah baring dengan hasil : menganjurkan tirah baring pada pasien agar mendapatkan energi dan tidak lelah	A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : Intervensi dipertahankan.

5	Diagnosa V	08.00	a) Memonitor tanda gejala hiperglikemia dengan hasil : pasien mengatakan masih merasa pusing dan lemas	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih merasa pusing serta lelah dan lemas.
		12.45	b) Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil : kadar glukosa darah 245 mg/dl	O : kadar glukosa darah 245 mg/dl, pasien tampak lelah dan lemah.
		13.00	c) Memberikan insulin 4 unit/SC	A : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi.
		13.20	d) Memberikan asupan cairan oral dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc	P : Lanjutkan Intervensi
6	Diagnosa VI	09.00	a) Memonitor buang air besar dengan hasil : pasien mengatakan masih belum buang air besar.	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan masih belum buang air besar.
		09.30	b) Memonitor gejala konstipasi dengan hasil : frekuensi peristaltik usus 5x/menit	O : peristaltik usus 5x/menit. A : masalah konstipasi belum teratasi.
		12.50	c) Menyediakan makanan tinggi serat dengan hasil : pasien makan 3-4 sendok makan saja dan porsi makanan tidak dihabiskan.	P : Lanjutkan Intervensi
		13.00	d) Menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : meminta kepada pasien agar beraktivitas seperti miring kiri kanan dan duduk di bed sambil dibantu keluarga	
		13.30	e) Memberikan air hangat setelah makan dengan hasil : diberikan air minum segelas atau 200 cc.	

7	Diagnosa VII	10.40	a) Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : memasang handrail pada satu sisi bed yaitu pada sebelah kiri karena sebelah kanan sudah dempet dengan dinding	Pukul 13.30 S : pasien mengatakan penglihatan masih kabur dan pandangan masih berputar-putar, pasien hanya mampu berjalan lurus ke arah kedepan dan masih pusing jika melihat kiri dan kanan.
		10.50	b) Mengunci roda bed dengan hasil : mengunci keempat roda bed pasien agar mencegah bed bergerak ketika pasien hendak duduk di bed	O : - A : Masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : Intervensi dipertahankan.
		12.00	c) Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun sebaliknya dengan hasil : pasien mampu berpindah dari bed ke kursi maupun sebaliknya namun masih di bantu oleh keluarga.	
8	Diagnosa VIII	11.30	a) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan pasien dengan hasil : menjelaskan terkait makanan yang harus dihindari dan bagaimana cara pencegahan dan penanganan hipertensi.	Pukul 13.30 S : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan. O : pasien dan keluarga mengatakan paham terkait penjelasan yang dijelaskan dan mampu menjelaskan kembali tentang terkait makanan yang harus dihindari dan bagaimana cara pencegahan dan penanganan hipertensi.
		11.40	b) Memberikan kesempatan untuk bertanya pada pasien dan keluarga dengan hasil : keluarga dan pasien mengatakan sudah paham terkait penjelasan yang diberikan	

A : Masalah defisit
pengetahuan sebagian teratasi.
P : Intervensi dipertahankan.

5. Catatan Perkembangan

No	Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Catatan Perkembangan
1	Senin, 26 Mei 2025	Diagnosa I	10.30	S : pasien mengatakan sakit kepala berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan masih merasa pusing, pasien mengeluh tidak merasakan mual dan muntah. O : TD : 110/80 mmHg, pasien tampak tidak muntah. A : masalah perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi.
			12.00	P : Intervensi dipertahankan. I : Memonitor peningkatan tekanan darah dengan hasil : TD : 120/80 mmHg.
			13.00	E : Pasien mengatakan sakit kepala berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), pasien mengatakan masih merasa pusing, pasien mengeluh tidak merasakan mual dan muntah, TD : 120/80, pasien tampak tidak muntah, masalah perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, intervensi dipertahankan.
2		Diagnosa II	10.30	S : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kepala sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang muncul. O : TD : 100/80 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, SpO ₂ : 98%, S : 36,5 ⁰ C, pasien tidak tampak meringis. A : Masalah nyeri akut sebagian teratasi.
			11.00	P : Lanjutkan Intervensi. I : Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil : diajarkan kembali teknik napas dalam yaitu meletakkan kedua tangan pada perut dan meminta untuk menarik napas melalui hidung tahan selama 2 detik dan hembus perlahan melalui mulut dengan bentuk bibir seperti bersiul.
			13.00	E : Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kepala sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan), nyeri yang dirasakan hilang muncul, TD : 100/80 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, SpO ₂ : 98%, S : 36,5 ⁰ C, pasien tidak

			tampak meringis, masalah nyeri akut sebagian teratasi, intervensi dipertahankan.
3	Diagnosa III	10.30	S : pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa mual dan muntah. O : pasien tampak tidak muntah ketika makan dan porsi makanan dihabiskan setengah. A : masalah defisit nutrisi belum teratasi. P : intervensi dipertahankan.
		13.00	I : Menyajikan makan dengan suhu yang sesuai dengan hasil : menyajikan makan berupa bubur hangat yang disiapkan dari rumah sakit.
		13.00	E : Pasien mengatakan sudah tidak lagi merasa mual dan muntah, pasien tampak tidak muntah ketika makan dan porsi makanan dihabiskan setengah, kadar glukosa darah : 220 mg/dl, masalah defisit nutrisi belum teratasi, intervensi dipertahankan.
4	Diagnosa IV	10.30	S : pasien mengatakan tidak lagi merasa lelah dan lemah, semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga. O : pasien tampak lelah dan lemah. A : masalah Intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan.
		11.10	I : Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil : menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dan tidak terburu-buru sambil dibantu keluarga.
		13.00	E : Pasien mengatakan tidak lagi merasa lelah dan lemah, semua aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga, pasien tampak lelah dan lemah, masalah Intoleransi aktivitas sebagian teratasi, intervensi dipertahankan

5	Diagnosa V	10.30	<p>S : pasien mengatakan masih merasa pusing namun tidak lagi merasa lelah dan lemas. O : pasien tampak lelah dan lemah. A : masalah ketidakstabilan kadar gula darah belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi.</p>
		12.45	<p>I : a) Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil : kadar glukosa darah 220 mg/dl.</p>
		13.00	<p>b) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan hasil : menjelaskan kepada pasien dan juga keluarga terkait makanan yang boleh dikonsumsi untuk penderita diabetes melitus seperti mengurangi makanan yang mengandung gula serta olahraga.</p>
		13.00	<p>E : Pasien mengatakan masih merasa pusing namun tidak lagi merasa lelah dan lemas, pasien tampak lelah dan lemah, kadar glukosa darah 220 mg/dl, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, intervensi dipertahankan.</p>
6	Diagnosa VI	10.30	<p>S: pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar. O : frekuensi peristaltik usus 6x/menit. A : masalah konstipasi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi.</p>
		11.00	<p>I : Menganjurkan mengonsumsi makanan yang tinggi serat dengan hasil menjelaskan mengenai makanan yang mengandung serat tinggi seperti sayuran dan buah-buahan.</p>
		13.00	<p>E : pasien mengatakan masih belum bisa buang air besar, frekuensi peristaltik usus 6x/menit, masalah konstipasi belum teratasi, Intervensi dipertahankan.</p>

7	Diagnosa VII	10.30	S : pasien mengatakan masih pusing dan penglihatan masih kabur dan berputar-putar. O : - A : masalah risiko jatuh tidak terjadi. P : intervensi dipertahankan.
		10.40	I : Memasang handrail tempat tidur dengan hasil : dipasangkan handrail pada sisi kiri tempat tidur. Menurunkan posisi bed di posisi rendah dengan hasil : menurunkan posisi bed dengan posisi rendah mencegah pasien jatuh dari atas tempat tidur.
		13.00	E : Pasien mengatakan masih pusing dan penglihatan masih kabur dan berputar-putar, masalah risiko jatuh tidak terjadi, intervensi dipertahankan.
8	Diagnosa VIII	10.30	S : pasien mengatakan masih mengingat penjelasan kemarin yaitu terkait pencegahan dan penanganan hipertensi serta makanan yang harus dihindari. O : pasien dan keluarga tampak paham saat menjelaskan penjelasan kemarin. A : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi. P : intervensi dipertahankan.
		11.20	I : Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait masalah kesehatan yang dialami pasien dengan hasil : menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait pentingnya minum obat dan peran keluarga dalam mengingatkan untuk minum obat.
		13.00	E Pasien mengatakan paham terkait penjelasan yang diberikan, pasien dan keluarga tampak paham terkait penjelasan dan mampu menjelaskan kembali tentang terkait pentingnya minum obat dan peran keluarga dalam mengingatkan untuk minum obat, masalah defisit pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan.

Lampiran 4



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

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



SURAT PERNYATAAN

SURAT PERNYATAAN

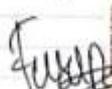
Yang beranda tertera dibawah ini :

Nama Lengkap : Fitriani Aminah Nur Daud
Nim : P05303202220011

Dengan ini menyatakan akan mengikutkan file karya tulis ilmiah saya sebagai ujian kompetensi. Jika saya tidak mengikutkan sebelum waktu yang sudah ditetapkan maka saya siap menerima konsekuensi yang telah ditetapkan dosen hingga mengikutkan file karya tulis ilmiah.

Ende, 23 Juli 2025

Yang Bertandatangan,




Fitriani Aminah Nur Daud
P05303202220011

Lampiran 5



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang
Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<http://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220011
Dosen Pembimbing : Anatolia Karmelita Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Dosen Penguji : Yustina Pacifica Maria Paschalia, S.Kep, Ns.,M.Kes
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. T.H**

**DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PERAWATAN PENYAKIT
DALAM IHI RSUD ENDE TANGGAL 24 - 26 MEI 2025**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **25,35%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 23 Juli 2025
Admin Strike Plagiarism

Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100

Lampiran 6



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

Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256
 Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
 NIM : PO5303202220011
 Pembimbing Utama : Anatolia Karmelita Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 09/08/2024	Judul	Konsultasi Judul Hipertensi	
2	Jumad, 13/09/2024	BAB I	1. Perbaiki BAB I pada pendahuluan sesuai dengan isi pendahuluan 2. Isi pendahuluan : a. Pengantar b. Besaran masalah c. Faktor yang memperberat d. Peran perawat e. Solusi 3. Data-data disesuaikan (data RSUD wajib)	
3	Rabu, 02/10/2024	BAB I	1. Penulisan sitasi diganti (diakhir kalimat) 2. Tambahkan pengantar hipertensi hingga satu alinea (menjadi satu alinea) 3. Tambahkan kalimat pengantar setiap alinea (sebelum inti) 4. Perbaiki pengetikan 5. Perbaiki pengetikan daftar pustaka	

4	Kamis, 28/11/2024	BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki nomor halaman 2. Perbaiki spasi (agar nampak alinea) 3. Tambahkan data penderita hipertensi di Ende Di RSUD 4. Tambahkan dampak (pada latar belakang) 5. Satu spasi pada daftar pustaka 6. Pada daftar pustaka perbaiki spasi 7. Lanjutkan BAB II 	
5	Kamis, 13/02/2025	BAB I – BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan judul 2. Perbaiki pengetikan pada data dinas kesehatan dan rumah sakit 3. Perbaiki pengetikan di BAB I Pendahuluan 4. Tambahkan CERDIK pada bagian upaya pemerintah (latar belakang) 5. Ubah pengetikan pada table (agar diatas agar diperbaiki dan penulisan 2.1 pada tabel klasifikasi) 6. Tambahkan grade hipertensi (sebelum etiologi) 7. Defisit pengetahuan pada pathway diatur agar berdiri sendiri 8. Tambahkan defenisi hipertensi menurut WHO (pada pengertian) 9. Pada thorax (wajib ada IPPA) (pada jantung) 10. Cek etiologi harus sesuai SDKI 11. Tambahkan BAB III dan daftar pustaka 	
6	Jumad, 14/02/2025	BAB I – BAB III	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan 2. Perbaiki pada bagian data rumah sakit (tambahkan peran perawat sebagai edukator) 	

			<ul style="list-style-type: none"> 3. Perbaiki pada IPPA (pada jantung) dilihat kembali pada pemeriksaan fisik pada penderita hipertensi 4. Perbaiki penulisan BAB III (waktu dan tanggal pelaksana) 5. Ganti pengetikan (pada prosedur studi kasus) 	
7	Jumad, 21/02/2025	BAB I – BAB III	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan waktu pada lokasi dan waktu studi kasus (BAB III) 2. Perbaiki pengetikan (diseluruh proposal) 	<i>Ju</i>
8	Jumad, 28/02/2025	BAB I – BAB III	ACC Proposal Siap Ujian!!	<i>Ju</i>

Ende, 28 Februari 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI PROPOSAL

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
 NIM : PO5303202220011
 Pembimbing Pendamping : Yustina P. M. Paschalia S.Kep, Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis, 06/03/2025	BAB I – BAB III	1. Perbaiki margin, spasi dan juga pengetikan 2. Perbaiki latar belakang pada bagian data di RSUD Ende 3. Tambahkan kesenjangan dan kenyataan pada program pemerintah yang dijalankan CERDIK dan PATUH 4. Tambahkan daftar gambar 5. Pada bagian tabel, kata nya diubah (table : tabel) 6. Perbaiki bagian riwayat kesehatan sekarang 7. Perbaiki letak prioritas masalah keperawatan yang tepat 8. Perbaiki bagian evaluasi keperawatan	
2	Selasa, 11/03/2025	BAB I- BAB III	1. Pada bagian program pemerintah CERDIK dan PATUH diatur kembali kalimatnya	

			<p>3. Perbaiki pada IPPA (pada jantung) dilihat kembali pada pemeriksaan fisik pada penderita hipertensi</p> <p>4. Perbaiki penulisan BAB III (waktu dan tanggal pelaksana)</p> <p>5. Ganti pengetikan (pada prosedur studi kasus)</p>	
7	Jumad, 21/02/2025	BAB I – BAB III	<p>1. Tambahkan waktu pada lokasi dan waktu studi kasus (BAB III)</p> <p>2. Perbaiki pengetikan (diseluruh proposal)</p>	
8	Jumad, 28/02/2025	BAB I – BAB III	<p>ACC Proposal</p> <p>Siap Ujian!!</p>	

Ende, 28 Februari 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 19660114 199102 1 001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat Jln. Piet A. Tallo Liliha - Kupang, Telp: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256, Email : poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
NIM : PO5303202220011
Pembimbing Utama : Anatolia Karmelita Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 13/06/2025	BAB IV	1. Perbaiki ukuran font dan penulisan 2. Perbaiki penulisan di pengkajian 3. Perbaiki penulisan alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini 4. Perbaiki pola nutrisi dan metabolic 5. Perbaiki penulisan di pola istirahat tidur 6. Perbaiki penulisan pada auskultasi jantung 7. Perbaiki tabulasi dan klasifikasi data 8. Tambahkan prioritas masalah 9. Perbaiki penulisan implementasi dan evaluasi	
2	Rabu, 18/06/2025	BAB IV	1. Perbaiki pola nutrisi dan metabolic (pola kebiasaan makan) 2. Perbaiki pola istirahat dan tidur (waktu tidur) 3. Perbaiki penulisan dan pengetikan	

			<ul style="list-style-type: none"> 4. Tambahkan kekuatan otot pada pemeriksaan fisik ekstremitas 5. Perbaiki tabel pada keseluruhan 6. Perbaiki analisa data 7. Tambahkan kekuatan otot pada diagnosa intoleransi aktivitas 8. Perbaiki penulisan evaluasi 9. Perbaiki pembahasan 	
3	Jumad, 20/06/2025	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki margin dan nomor halaman 2. Perbaiki pola nutrisi dan metabolik 3. Perbaiki pola istirahat dan tidur 4. Ubah diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif menjadi perfusi serebral tidak efektif 5. Perbaiki penulisan diagnosa 6. Perbaiki penulisan pembahasan 	
4	Rabu, 25/06/2025	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki pengetikan pada pembahasan 2. Perbaiki penulisan (diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi) 	
5	Kamis, 26/06/2025	BAB I – BAB V	ACC Siap Ujian	

Ende, 26 Juni 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



Anip Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp.Kep.Kom

NIP. 19660114 199102 1 001

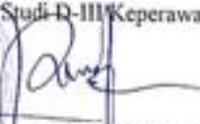
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KTI

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
 NIM : PO5303202220011
 Pembimbing Pendamping : Yustina P. M. Paschalia S.Kep, Ns.,M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Jumad, 04/07/2025	BAB I - V	1. Perbaiki penulisan di keseluruhan KTI 2. Perbaiki penulisan pemeriksaan fisik 3. Perbaiki penulisan pembahasan 4. Perbaiki penulisan abstrak 5. Perbaiki penulisan daftar pustaka	
2	Selasa, 08/07/2025	BAB I- BAB V	1. Perbaiki logo 2. Perbaiki penulisan abstrak 3. Perbaiki penulisan tabulasi, klasifikasi, analisa dan diagnosa keperawatan 4. Perbaiki penulisan pembahasan	
3	Rabu, 13/07/2025	BAB I - BAB V	1. Perbaiki penulisan implementasi dan evaluasi 2. ACC lanjut pembimbing	

Ende, 13 Juli 2025

Mengetahui


 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

Lampiran 7

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Fitriani Aminah Nur Daud
Tempat/Tanggal Lahir : Ende, 16 November 2004
Alamat : Jl. R. W. Monginsidi
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. Paud Ar- Rahman Ippi (2008 – 2010)
2. SDI Onekore 3 (2010 – 2017)
3. SMPN 1 Ende Selatan (2017 – 2019)
4. MAN 1 Ende (2019 – 2022)
5. Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende (2022 – 2025)

MOTTO

**“ALLAH TIDAK MEMBEBANI SESEORANG MELAINKAN SESUAI
DENGAN KESANGGUPANNYA” - Q.S Al Baqarah: 286**