

INFORMED CONSENT
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh **Selviana Fono Deri**, Dengan judul **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam (RPD) 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, 10 Juni 2025

Saksi

Sopian

Yang Memberi Persetujuan

Maharani

Peneliti



Selviana Fono Deri
NIM PO5303202220062



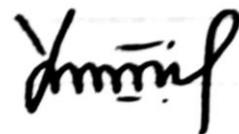
LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya Adalah mahasiswa dari politeknik Kesehatan kemenkes kupang program studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/ibu/saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M. Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebutkan ketidaknyaman tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah Kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini Adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor 081242625660

Ende, 10 Juli 2025

Peneliti



Selviana Fono Deri
NIM : PO5303202220062



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. Y. M. DENGAN DIAGNOSA
MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

HARI/TANGGAL : SELASA, 10 JUNI 2025

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. M
Umur : 49 tahun
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Sudah menikah
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Suku Bangsa : Ende
Alamat : Jln. Masjid agung
Tanggal Masuk : 09 Juni 2025, Pukul : 07.00 WITA
Tanggal Pengkajian : 10 Juni 2025, Pukul : 09.00 WITA
No. Register : 162076
Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S

Umur : 41 tahun

Hub. Dengan Pasien : Adik kandung

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Jln. Masjid Agung

2. Status Kesehatan**a. Status Kesehatan Saat Ini**

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan kepala terasa sangat sakit pusing.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pada hari Senin, pukul 06.30 WITA, pasien bersiap-siap untuk berjualan nasi dan gorengan. Pasien menunggu layanan ojek, dan setelah pengemudi ojek tiba, pasien berangkat menuju lokasi berjualan tepatnya di pasar senggol. Dalam perjalanan, pasien mengeluh mengalami pusing berat disertai sensasi vertigo (jalan tampak berputar), sehingga meminta pengemudi ojek untuk menghentikan kendaraan. Setelah beristirahat beberapa menit, pasien melanjutkan perjalanan. Namun, di tengah perjalanan, tepat di pasar senggol pasien kembali mengalami pusing hebat dan meminta berhenti. Ketika ojek berhenti, pasien langsung mengalami kehilangan kesadaran dan jatuh dari kendaraan. Pengemudi ojek kemudian menghubungi keluarga pasien dan

membawa pasien ke RSUD Ende untuk mendapatkan penanganan medis.

- 3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini
Pasien dan keluarga mengatakan kepala terasa sangat pusing sekali dan pasien pingsan. Karena pasien pingsan, lalu keluarga mengantarnya ke RSUD Ende pada hari itu juga tepat di jam 07.00 pagi.
- 4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
- 5) Keluarga pasien mengatakan upaya yang dilakukan adalah pasien langsung diantar ke RSUD Ende.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami
Pasien dan keluarga mengatakankan bahwa pasien telah menderita hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Selama menjalani penyakit tersebut, pasien belum pernah menjalani perawatan inap di RSUD Ende.
- 2) Pernah dirawat
Pasien dan keluarga mengatakankan bahwa pasien telah menderita hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Selama menjalani penyakit tersebut, pasien belum pernah menjalani perawatan inap di RSUD Ende.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan, debu, perubahan cuaca, maupun jenis minuman tertentu. Namun, pasien memiliki riwayat alergi terhadap makanan berupa gurita.

4) Kebiasaan (merokok/alkohol/kopi dll)

Pasien juga menyebutkan bahwa ia sesekali mengonsumsi kopi.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa kedua orang tua pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang diduga bersifat genetik (herediter), sehingga meningkatkan risiko predisposisi hipertensi pada pasien.

d. Diagnosa medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien telah didiagnosis menderita hipertensi sejak lima tahun yang lalu. Pasien sebelumnya mendapatkan terapi farmakologis berupa obat captopril yang dikonsumsi pada malam hari. Namun, pasien mengatakan bahwa pasien telah menghentikan konsumsi obat tersebut sejak dua tahun terakhir tanpa pengawasan medis.

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

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Pasien dan keluarga menyatakan bahwa saat mengalami gejala ringan seperti pusing, batuk, dan pilek, pasien biasanya tidak dibawa ke

fasilitas pelayanan kesehatan. Namun, apabila gejala tersebut memburuk, menjadi lebih berat, atau mengganggu aktivitas sehari-hari, pasien baru dibawa untuk berobat ke fasilitas kesehatan seperti puskesmas.

b. Pola nutrisi-metabolik

1) Sebelum sakit

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit, pasien memiliki pola makan tiga kali sehari dengan porsi satu piring penuh setiap kali makan, dan makanan selalu dihabiskan. Jenis makanan yang dikonsumsi meliputi nasi, ikan, sayur, telur, tahu, tempe, serta buah-buahan yang dikonsumsi sesekali. Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki pantangan terhadap jenis makanan maupun minuman tertentu. Di rumah, metode pengolahan makanan cenderung menggunakan santan dan ditumis; jarang disajikan dalam bentuk sayur bening. Pasien juga mengatakan mengonsumsi goengan hampir setiap hari. Asupan cairan pasien sebelum sakit tergolong cukup, dengan konsumsi air lebih dari 8 gelas per hari.

2) Saat sakit

Keluarga pasien mengatakan bahwa selama masa sakit, nafsu makan pasien mengalami penurunan. Meskipun frekuensi makan tetap tiga kali sehari, porsi yang dikonsumsi hanya sekitar 3–4 sendok makan per kali. Jenis makanan yang dikonsumsi berupa

makanan lunak rendah natrium, dengan variasi lauk harian seperti ikan, ayam, telur, tahu, tempe, sayur berkuah (sup), dan buah pisang. Asupan cairan pasien berupa air mineral (aqua) dalam kemasan botol besar setiap harinya.

c. Pola eliminasi

1) BAB

a) Sebelum sakit

Pasien menyatakan bahwa sebelum sakit, frekuensi buang air besar (BAB) adalah 1–2 kali per hari dengan konsistensi feses padat, berwarna kuning, dan beraroma khas feses. Tidak terdapat keluhan nyeri saat defekasi.

b) Saat sakit

Pasien dan keluarga mengataka bahwa selama masa sakit, frekuensi buang air besar (BAB) satu kali. Konsistensi feses tetap padat, jumlah feses sedikit, dan tidak disertai keluhan saat defekasi.

2) BAK

a) Sebelum sakit

Pasien juga mengatakan frekuensi buang air kecil (BAK) sekitar empat kali dalam sehari dengan warna urine kuning dan aroma khas urine, tanpa disertai nyeri saat miksi.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan safrekuensi buang air kecil (BAK) berkisar 2–3 kali per hari, dengan warna urine kuning dan aroma khas urin, tanpa keluhan disuria atau gangguan eliminasi lainnya.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

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

Keterangan :

0: Mandiri, 1: Alat bantu, 2: Dibantu orang lain, 3: Dibantu orang lain dan alat, 4: Ketergantungan total.

2) Latihan

a) Sebelum sakit

Pasien dan keluarga mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai ibu rumah tangga dan melakukan segala aktivitas secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berpindah, toileting, serta makan dan minum

b) Saat sakit

Pasien dan keluarga mengatakan saat sakit pasien tidak lagi bekerja, melakukan aktivitas juga sering merasa cepat lelah dan jika pekerjaan yang dilakukan terlalu berat pasien cepat Lelah.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa pasien masih dapat memberikan respons verbal dengan baik saat diajak berkomunikasi. Saat ditanya, pasien mampu mendengar dan memberikan jawaban yang relevan serta koheren. Namun, komunikasi memerlukan suara yang sedikit lebih keras karena pasien mengalami gangguan pendengaran pada telinga bagian kiri berupa sensasi telinga berdengung.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mampu mengenali identitas diri dengan baik, menyebutkan nama lengkapnya (Ny. M), serta mengidentifikasi perannya sebagai ibu rumah tangga. Pasien menyadari bahwa dirinya sedang mengalami kondisi sakit dan menyatakan membutuhkan pengobatan. Saat dikunjungi keluarga, pasien dapat berkomunikasi dengan normal dan menyampaikan keinginannya untuk sembuh serta kembali berkumpul bersama keluarga di rumah. Pasien juga mengungkapkan bahwa selain sebagai ibu rumah tangga, ia memegang peran sebagai kepala keluarga sejak suaminya meninggal dunia satu bulan yang lalu. Namun, sejak mengalami sakit, kebutuhan ekonomi keluarga dibantu oleh anak dan kerabat dekat.

g. Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 2x sehari, di malam hari biasanya pasien tidur di jam 22.00 atau 23.00 dan bangun di jam 03.00 atau jam 05.00, di siang hari pasien tidur di jam 2 siang sampai jam 4 sore.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit tidurnya nyenyak, terkadang terbangun karena sakit kepala pada malam maupun siang hari.

h. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit, siklus menstruasinya teratur setiap bulan tanpa disertai keluhan seperti keputihan. Selama masa sakit, pasien tidak mengalami gangguan atau keluhan terkait menstruasi.

i. Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga mengatakan bahwa sebelum sakit, pasien memiliki hubungan interpersonal yang baik dengan anggota keluarga, tetangga, serta lingkungan sekitar. Meskipun dalam kondisi sakit, pasien tetap menjalin hubungan sosial yang harmonis dan mendapat dukungan emosional dari keluarga, tetangga, dan teman-temannya. Selama dirawat, pasien sering dikunjungi oleh kerabat dan sahabat, serta tidak mengalami perlakuan diskriminatif atau pengucilan dari lingkungan sosialnya.

j. Pola toleransi stress koping

Keluarga pasien mengatakan bahwa apabila menghadapi masalah, pasien cenderung meluapkan emosinya dengan marah-marah. Namun, setelah emosi mereda, pasien akan kembali berkomunikasi secara terbuka dengan anak-anaknya untuk mendiskusikan permasalahan yang dihadapi guna mencari solusi bersama. Selama masa sakit, pasien mengungkapkan adanya beban pikiran terkait biaya pengobatan di rumah sakit, terutama karena suaminya baru meninggal satu bulan yang lalu dan pasien merasa tidak memiliki sumber keuangan yang jelas untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

k. Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan bahwa sebelum sakit, ia rutin mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian dan melaksanakan salat lima waktu. Selama masa sakit, pasien tetap menjalankan praktik spiritual dengan berdoa memohon kesembuhan, namun tidak dapat melaksanakan salat seperti biasanya.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Pasien Nampak lemah

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : Verbal : 5 (respon verbal spontan), Eye : 4 (membuka mata dengan spontan), Motorik : 6 (respon motoric mengikuti perintah)

b. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, Nadi : 90 x/m,
SpO2 : 96%, Suhu : 35,9°C, Respirasi : 26x/menit

c. Berat badan : 60 kg

Tinggi badan : 159 cm

Indeks Massa Tubuh : 23,7

d. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

1) Kepala

I : bentuk kepala simetris kiri dan kanan, kulit kepala tampak bersih, rambut tidak rontok dan rambut berwarna hitam. **P** : tidak luka atau edema, tidak ada nyeri tekan, rambut tidak rontok.

2) Mata

I : mata simetris kiri dan kanan, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis.. **P** : tidak ada benjolan pada mata dan tidak ada nyeri tekan.

3) Hidung

I : bentuk hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak terpasang oksigen, terdapat bulu-bulu silia. **P** : tidak ada nyeri tekan.

4) Mulut

I : mukosa bibir lembab, mulut tampak bersih, gigi lengkap tidak ada yang tanggal.

5) Wajah

I : wajah tampak kurang bersemangat

6) Leher

I : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak pembesaran kelenjar tiroid. **P** : Tidak ada nyeri tekan

7) Dada

I : dada simetris kiri dan kanan, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan..**P** : tidak ada pembengkakan pada kedua dada, integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada pembesaran vena jugularis. **P** : Suara paru sonor. **A** : suara napas vesikuler, respirasi 17 x/m.

8) Abdomen

I : tidak ada luka. **A** : peristaltik usus 20 x/m. **P** : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati dan lien, **P** : terdapat bunyi timpani.

9) Ekstermitas

Ekstermitas atas : **I** : tangan kanan terpasang infus Ringer laktat 20 tpm, jari tangan lengkap. **P** : akral teraba hangat, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, CRT : ≤ 3 detik. **Ekstermitas bawah** : **I** : jari kaki lengkap. **P** : tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, kaki bisa digerakan.

e. Neurologis

1) Status mental dan emosional

Pasien mengatakan menerima dirinya apa adanya tetapi pasien berharap untuk bisa sembuh.

2) Pengkajian saraf kranial

(1) Saraf olfaktori

Pasien mengatakan masih mencium segala jenis wewangian dan masih bisa membedakannya.

(2) Saraf optik

Pasien mengatakan masih bisa melihat dengan jelas

tampa kabur sedikitpun.

(3) Saraf okulomotor

Pasien masih bisa menggerakkan kedua bola mata ke kiri dan ke kanan, berkedip dan memfokuskan penglihatan pada satu objek.

(4) Saraf troklear

Pasien dapat mengerakkan bola mata keatas dan kebawah serta keluar dan kedalam.

(5) Saraf trigeminal

Pasien nampak memberikan sensasi ketika diberikan sentuhan dibagian wajah.

(6) Saraf abduksen

Pasien nampak dapat mengerakkan mata keluar, kedalam dan ke samping.

(7) Saraf Fasialis

Berfungsi dengan baik pasien masih dapat tersenyum, tertawa, dan mengespresikan wajah.

(8) Saraf vestibulokoklear

Pasien mampu mendengar dan menjawab pertanyaan yang ditanyakan dengan baik dan jelas

(9) Saraf glosofaringeal

Pasien mengatakan dirinya mampu menelan dengan baik.

(10) Saraf Aksesoris

Pasien mampu menggerakkan kepala, leher, dan bahu sesuai arahan.

(11) Saraf hipoglossus

Pasien mampu menggerak lidah ke kiri, berbicara dan Menelan masih baik.

5. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah

Tanggal 09 Juni 2025

No	Parameter	Result	Unit	Normal range
1	WBC (leukosit)	8.31	$10^3/uL$	3.8-10,6
2	RBC (Eritrosit)	4.56	$10^3/uL$	3,2-4,6
3	HGB (Hemoglobin)	13.2	g\DI	13,2-17,3
4	HCT (Hematokrit)	38.0	%	32,6-47,5
5	MCV	83.3	fL	80,3-103,4
6	MCH	28.9	Pg	26-34,4
7	MCHC	34.7	g\dl	31,8-36,3
8	PLT (Trombosit)	193	$10^3/uL$	134-377
9	RDW	35.8	%	10,8-14,9
10	PDW	14.5	fL	9,8-18
11	MPV	11.1	fL	8,1-12,4
12	P-LCR	34.9	%	10,7-45
13	NEUT%	50.4	%	38,3-69
14	LYMPH%	36.4	%	17,5-47,9
15	MONO%	6.3	%	1,9-24,6
16	NEUT#	8,1	$10^3/uL$	1,2-5,3
17	LYMPH#	3.10	$10^3/uL$	0,8-2,7
18	MONO#	0.54	$10^3/uL$	0,1-1,5

6. Pengobatan

Nama obat	Dosis	Indikasi
Captopril	3x25 mg	Indikasi captopril adalah untuk hipertensi, gagal jantung, dan setelah terjadi infark miokard.
Omeprazole	2x40 mg	mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung, penyakit refluks, atau kondisi lain yang menyebabkan asam lambung berlebih.
Mecobolamine	1x5 mg	untuk suplementasi vitamin B12
Candersartan	1x1 mg	untuk menangani hipertensi pada orang dewasa dan anak berusia ≥ 1 tahun, serta untuk menangani gagal jantung pada orang dewasa.
Metamizole	2x1 gr/iv	Meredakan nyeri dan menurunkan demam.
Paracetamole	3x1 gr/iv	meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti demam dengue, tifoid, dan infeksi saluran kemih.

B. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny. M maka dapat di gambarkan sebagai berikut: pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing, nyeri kepala pada kepala, skala nyeri 3, sifat nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika bergerak. Pasien mengatakan sangat cemas akan biaya rumah sakit. Pasien nampak lemah, semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, makan pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien mempunyai kebiasaan makan makanan berminyak, hampir setiap hari pasien makan gorengan, pasien sudah 2 tahun tidak minum obat tekanan darah tinggi (captopril), GCS 15, TTV: tekanan darah 175/85 mmHg, nadi 90x/m, Suhu 35,9°C, RR 17 x/m, SpO2 : CRT ≤ 3 detik, terpasang infus ringer laktat 20 tpm di tangan kanan, Berat badan 60 Kg, tinggi badan 159 cm, IMT 23,7 Kg.

C. Klasifikasi Data

Data subjektif : Pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing, nyeri pada kepala, skala nyeri 3, sifat nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan ketika pasien bergerak, lemah, pasien mengatakan sudah 2 tahun pasien tidak mengkonsumsi obat darah tinggi, pasien sering makan gorengan hampir setiap hari. Pasien mengatakan sangat pikiran akan biaya rumah sakit, karena suaminya satu bulan yang lalu meninggal dunia.

Data objektif : pasien tampak lemah, GCS 15, TTV: tekanan darah 175/85 mmHg, nadi 90x/m, Suhu 35,9°C, RR 17 x/m, CRT \leq 3 detik, terpasang infus ringer laktat 20 tpm di tangan kanan, Berat badan 60 Kg, tinggi badan 159 cm, IMT 23, 7 Kg/cm, semua aktivitas pasien seperti makan, mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, wajah tampak menyeringai.

D. Analisa Data

Sign/Symptom	Etiologi	Problem
DS : pasien mengatakan kepala terasa sangat pusing DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah : 175/85, suhu : 35,9°C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96%.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
DS : Pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

<p>DO : wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		
<p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal satu bulan yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien nampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Krisis situasional	Ansietas
<p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan, DS : pasien mengatakan kepunya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan Data Subjektif pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. Data objektif Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan Data Subjektif Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana. Data objektif Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Data subjektif : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. Data objektif Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.

III.RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan.</p> <p>DS : pasien mengatakan kepunya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala.</p> <p>DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	<p>Luaran utama : perfusi serebral meningkat</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak efektif membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Sakit kepala membaik (5)</p> <p>b. Tekanan darah sistolik membaik (5)</p> <p>c. Tekanan darah sistolik membaik (5)</p>	<p>Intervensi : manajemen peningkatan tekanan intrakranial</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala peningkatan darah intrakranial (mis. Tekanan darah meningkat)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>3. Berikan posisi semi fowler .</p> <p>Intervensi pendukung : edukasi diet</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan</p> <p>2. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>3. Anjurkan sering berolahraga</p>	<p>1. Monitoring tanda/gejala peningkatan TIK dapat membantu mengidentifikasi perubahan klinis yang signifikan dan memungkinkan intervensi yang tepat waktu.</p> <p>2. Lingkungan yang tenang dapat membantu mengurangi stres dan kecemasan pada pasien</p> <p>3. Posisi semi-Fowler dapat membantu meningkatkan ventilasi paru dengan memperluas kapasitas paru</p> <p>4. Dengan mengikuti diet sesuai rekomendasi, pasien dapat mencapai keseimbangan nutrisi yang dibutuhkan tubuh, mengurangi risiko komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup.</p> <p>5. Memberikan informasi tentang makanan yang diperbolehkan dan dilarang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai pola diet yang</p>

				sesuai dengan kondisi kesehatannya 6. Olahraga teratur dapat meningkatkan insulin, menurunkan tekanan darah, memperbaiki profil lipid, serta meningkatkan sirkulasi darah.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Luaran utama : Tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Tekanan darah membaik 3. Meringis berkurang	Intervensi : Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri Terapeutik 4. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi 8. Pemberian analgetik	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya. 2. Dengan mengetahui skala nyeri pada pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien dan menentukan intervensi yang tepat. 3. Dengan mengidentifikasi faktor penyebab nyeri perawat dapat mengetahui faktor pencetus terjadinya nyeri dan cara mengatasinya. 4. Teknik nonfarmakologi (napas dalam) dapat mengalikan pasien terhadap rasa nyeri yang

				<p>dirasakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Lingkungan yang tenang dapat menciptakan kenyamanan bagi pasien dan mengurangi rasa nyeri. 6. Dengan memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dapat istirahat dengan nyaman dan kualitas tidur pasien dapat tercukupi 7. dengan menjelaskan penyebab nyeri, periode, pemicu nyeri, dapat mengurangi kecemasan pasien terhadap nyeri yang dirasakan. 8. Dengan memberikan obat analgetik dapat meringankan nyeri yang dirasakan.
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p>	<p>Luaran utama : Tingkat ansietas menurun</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ansietas membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun (5) 	<p>Intervensi : reduksi ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dengan memantau tanda-tanda ansietas, individu dapat melakukan identifikasi dini gejala ansietas dan melakukan intervensi yang tepat. 2. Suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung membuka diri mereka.

	<p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	<p>2. Keluhan pusing menurun (5)</p>	<p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu</p> <p>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p>	<p>3. Kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian, jadi kehadiran seseorang dapat memberikan rasa nyaman dan terdukung menghadapi kecemasan.</p> <p>4. Membantu mengurangi kecemasan pada pasien.</p> <p>5. kehadiran anggota keluarga memberikan dukungan emosional dan membantu mengurangi kecemasan.</p> <p>6. Kegiatan pengalihan dapat mengurangi stress dan kecemasan.</p>
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi.</p> <p>DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab</p>	<p>Luaran utama : Tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan deficit pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Verbalisasi mengikuti anjuran meningkat (5)</p> <p>2. Kemampuan</p>	<p>Intervensi : Edukasi ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</p> <p>Terapeutik</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>4. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</p>	<p>1. Dengan mengidentifikasi kesiapan pasien dapat menentukan Teknik penyampaian Pendidikan kesehatan.</p> <p>2. Dengan mengindetifikasi faktor-faktor yang meningkatkan motivasi dapat memacu semangat merubah perilaku sehat.</p> <p>3. Kesempatan bertanya meningkatkan pemahaman</p>

	<p>dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	<p>menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5)</p> <p>3. verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat (5)</p> <p>4. Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat (5)</p>	<p>Edukasi</p> <p>5. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>pasien tentang materi pendidikan kesehatan.</p> <p>4. Dengan mengetahui faktor resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah Kesehatan.</p> <p>5. Dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat meningkatkan kualitas hidup keluarga.</p>
--	--	---	---	--

IV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

IMPLEMETASI HARI PERTAMA TANGGAL 10 JUNI 2025					
No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan. DS : pasien mengatakan kepunya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Selasa, 10 Juni 2025	09.00 WITA 09.05 WITA 09.10 WITA 10.00 WITA 10.10 WITA 10.15 WITA 10.30 WITA	1. Mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 175/85 mmHg, N : 90 x/m, S : 35,9°C, SPO ₂ : 94%, RR : 17 x/m. 2. Mengatur posisi semi fowler 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 4. Memberikan obat oral captopril 3x25 mg 5. Menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang (makanan tinggi garam dan berminyak) 7. Anjurkan untuk sering berolahraga	S : Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing dan nyeri dan mau mengurangi makan yang berminyak dan tinggi garam O : Pasien tampak lemah, TTV : Tekanan darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO ₂ : 97%. A : masalah keperawatan resiko perfusi selebral tidak efektif belum teratasi, P : intervensi 1-3 dilanjutkan.

2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	<p>Selasa,10 Juni 2025</p>	<p>09.00 WITA</p> <p>09.05 WITA</p> <p>09.10 WITA</p> <p>09.19 WITA</p> <p>09.20 WITA</p> <p>10.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital, TD : 175/85 mmHg, N : 90 x/m, S : 35,9°C, SPO₂ : 94%, RR : 17 x/m. 2. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 3. mengidentifikasi skala nyeri 4. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meningkatkan nyeri. 5. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 6. kolaborasi pemberian analgetik paracetamol 1mg/IV. 	<p>S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3.</p> <p>O : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO₂ : 97%</p> <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p>P : intervensi keperawatan 1-6 dilanjutkan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p>	<p>Selasa, 10 Juni 2025</p>	<p>09.00 WITA</p> <p>09.05 WITA</p> <p>09.10 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengukur tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, Nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m. 2. Pukul 09.05 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 3. menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 	<p>S : pasien mengatakan masih cemas.</p> <p>O : Wajah Ny.M tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik, Tekanan darah : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO₂ : 97%.</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p>

	DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.		09.15 WITA 09.20 WITA 09.30 WITA	4. mendengarkan dengan penuh perhatian : pasien menceritakan tentang dirinya sampai cemas. 5. menganjurkan kepada keluarga untuk Bersama pasien 6. melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas	P : intervensi 1-6 dilanjutkan.
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.	Selasa, 10 Juni 2025	09.30 WITA 10.00 WITA 10.10 WITA 10.30 WITA	1. mengidentifikasi kesiapan dan menerima informasi. 2. memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang penyakit yang diderita. 3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum obat tekanan darah di rumah sesuai anjuran dokter 4. menjelaskan efek dari mengonsumsi obat tekanan darah tinggi	S : Pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan. O : Pasien mengerti apa yang disampaikan, mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan, pasien berjanji saat di rumah pasien minum darah tinggi secara rutin, Tekanan darah : 170/100 mmHg, Suhu : 36,5°C, RR : 19 x/m, SpO2 : 97%. A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi.

					P : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.
IMPLEMETASI HARI KEDUA TANGGAL 11 JUNI 2025					
No	Diagnosa Keperawaatn	Hari/Tanggal	Jam	Implemetasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan. DS : pasien mengatakan kepanya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Rabu, 11 Juni 2025	08.00 WITA 08.10 WITA 08.20 WITA 08.30 WITA	1. mengukur tekanan darah : tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 98%. 2. menanyakan keluhan yang dirasakan 3. Pukul 08.20 menyediakan lingkungan yang tenang 4. memberikan obat captopril 25 mg. 5. Menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginfomasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang (makanan tinggi garam dan berminyak) 7. Anjurkan untuk sering berolahraga	S : Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing. O : Tekanan darah : 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%. A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi P : intervensi 1-3 dilanjutkan.

2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Minggu, 11 Mei 2025	<p>08.00 WITA</p> <p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.30 WITA</p> <p>10.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pukul 08.00 mengukur tanda-tanda vital, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 98%. 2. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 3. mengidentifikasi skala nyeri hasil 4. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri 5. memberikan obat paracetamol 1 mg/IV. 	<p>S : Data subjektif : Ny.M mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3.</p> <p>O : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi,</p> <p>P : intervensi keperawatan 1-4 dilanjutkan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17</p>	Rabu, 11 Juni 2025	<p>08.00 WITA</p> <p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.30 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. mengukur tanda-tanda vital pada pasien, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20x/m, SpO2 : 98%. 2. Pukul 08.10 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 3. menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pukul 08.30 mendengarkan dengan penuh perhatian 	<p>S : pasien mengatakan masih cemas.</p> <p>O : Wajah pasien tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik, Tekanan darah : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p> <p>P : intervensi 1-6 dilanjutkan.</p>

	x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.		08.35 WITA 09.00 WITA	5. menganjurkan kepada keluarga untuk bersama pasien 6. melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas : pasien melakukannya.	
4	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.	Minggu, 11 Mei 2025	08.00 WITA 08.35 WITA 09.00 WITA	1. Mengingat kembali kepada pasien informasi kemarin yang telah disampaikan. 2. Mengingat kembali betapa pentingnya mengonsumsi darah tinggi, pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan. 3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum darah tinggi di rumah sesuai anjuran dokter.	S : Pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan tentang penyebab dari darah tinggi dan rutin minum obat sesuai anjuran dokter. O : pasien mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan. A : Masalah sebagian teratasi. P : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA, TANGGAL 12 JUNI 2025			
No	Diagnosa keperawatan	Hari tanggal	Catatan perkembangan
1	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan. DS : pasien mengatakan kepanya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Kamis,12 Juni 2025	Jam 09.00 WITA S : mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing. O : wajah Ny. M nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%. A : Masalah keperawatan resiko perfusi perifer tidak efektif teratasi, P : Intervensi keperawatan dipertahankan Ny. M dinyatakan pulang oleh dokter. I : Memberikan edukasi kepada Ny. M dan keluarga untuk konsumsi makanan yang tidak mengandung garam tinggi, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak, mengurangi penggunaan penyedap rasa pada masakan seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin dan kontrol kembali kesehatan setiap bulan di fasilitas kesehatan yang ada dan menganjurkan untuk rajin berolahraga dan rajin berolahraga. E : Ny. M dan keluarga mengatakan ketika dirumah nanti Ny. M dan keluarga akan mengurangi makanan yang mengandung tinggi garam, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak dan mengurangi penggunaan penyedap rasa seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin, rajin memeriksa kesehatan kefasilitas kesehatan. Masalah resiko perfusi serebral teratasi, intervensi dihentikan.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala	Kamis, 12 Juni 2025	Pukul 09.00 S : Pasien mengatakan nyeri di kepala sudah tidak terasa lagi, O : wajah nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%. A : masalah keperawatan teratasi. P : intervensi keperawatan dipertahankan Ny.M dinyatakan pulang oleh dokter, I : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak

	<p>digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		<p>3x dan menghembuskan lakukan selama 3-5 kali untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.</p> <p>E : Ny. M dan keluarga menjelaskan kembali teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan ulangi 3-5 kali. Masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Kamis, 12 Juni 2025	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena bpjs sudah diurus oleh anaknya.</p> <p>O : Pasien tampak segar, tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>A : masalah keperawatan ansietas teratasi.</p> <p>P : intervensi dipertahankan, Ny.M dipulangkan oleh dokter.</p> <p>I : Mengajar kepada pasien untuk melakukan teknik pengalihan seperti menonton TV atau melakukan aktivitas yang lain ketika cemas muncul.</p> <p>E : Ny. M dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang diajarkan. Masalah ansietas teratasi, intervensi dihentikan</p>

4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi.</p> <p>DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Kamis, 12 Juni 2025	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : jam 07.30 wita pasien mengatakan sudah paham.</p> <p>O : Keadaan umum baik, pasien mampu menjelaskan penyebab dari hipertensi, tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR : 18 x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>A : Masalah teratasi. Pasien dipulangkan oleh dokter.</p> <p>P : Intervensi dipertahankan.</p> <p>I : jam 09:10 wita mengedukasi pasien minum obat darah tinggi di rumah sesuai anjuran dari dokter.</p> <p>E : pasien sudah mengerti pentingnya minum obat darah tinggi dan sesuai anjuran dokter, Masalah defisit pengetahuan teratasi. Intervensi dihentikan.</p>
---	--	---------------------	--



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Kupang

📍 Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111

☎️ (0380) 8800256

🌐 <https://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	: Selviana Fono Deri
Nomor Induk Mahasiswa	: PO5303202220062
Dosen Pembimbing	: Rifatunnisa S.Kep.,Ns.,M.Kep
Dosen Penguji S.Kep.,Ns.,M.Kep	: Syaputra Artama Syarifuddin
Jurusan	: Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah	: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M. DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,95%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100
Kupang, 11 Agustus 2025



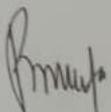
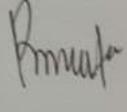
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 POLITEKTIN KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

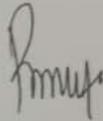
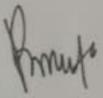
LEMBAR PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Selviana Fono Deri
 NIM : PO5303202220062
 NAMA PEMBIMBING : RiFatunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rokemendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 06 Januari 2025	Judul	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC judul (Hipertensi) 2. Cari minimal lima jurnal yang berkaitan dengan kasus kemudian upload di google drive 3. Saat konsultasi harus memahami isi tulisan dan jurnal yang digunakan 	<i>Rif</i>
2.	Senin, 13 Januari 2025	Penyakit Hipertensi BAB I PENDAHULUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di latar belakang urutkan masalah secara global 2. Kata dalam setiap penulisan sesuai SPOK 3. Di google drive setiap jurnal ditulis nama dan judulnya 4. Utamakan menggunakan referensi utama dari pada referensi sekunder kecuali tidak dapat sama sekali 5. Cari data di Riskesdas 2022 6. Cari data kasus hipertensi di BPS 7. Hipertensi menurut WHO 8. Quillbot.com flow, new projek, research 9. Perbaiki data di indonesia 10. Data yang di ambil di buku harus cantumkan dengan sumber 11. Sumber yang diteori harus ada di daftar pustaka 12. Perbaiki data dilatar belakang 13. Perbaiki margin 14. Ganti referensi 	<i>Rif</i>

K

			15. Tambahkan klasifikasi Hipertensi	
3.	Kamis, 20 februari 2025	Penyakit Hipertensi BAB I PENDAHULUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Daftar Pustaka menggunakan mandeley 2. Tahun yang dicover diubah 3. Sumber SKI 2023 4. Tambahkan yang di data WHO harus yang meningkat 5. Buat tabel terbuka (no border) spasi 1,0 6. Patofisiologi harus nyambung dengan pathway 7. Kepanjangan Pemeriksaan IVP 8. Kriteria hasil jangan ambil semua 9. Tanda dan gejala tambahkan di patofisiologi 10. Daftar pustaka tambahkan tanggal akses 	
4	Senin, 03 maret 2024	Penyakit hipertensi BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di cover Ruanagan RPD saja 2. Tambahkan tahun di sumber WHO 3. Jelaskan diastole dan sistole 4. Setiap paragraf beda sumber 5. Afterload dijelaskan 6. Rapihan penulisan 7. Kasih masuk tanggal akses di daftar pustaka 8. Tambahkan hasil pengamatan di rumah sakit 9. Rumusan masalah di perbaiki. 	
5.	Kamis, 06 maret 2025	Penyakit hipertensi BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan proses sampai terjadinya nyeri akut 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Perbaiki patofisiologi 4. Numbering diperbaiki 5. Diagnosa diperbaiki 6. Buat PPT 	
6.	Rabu, 12 maret	Penyakit hipertensi BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kasih hilang kata bapak dan ibu di kata pengantar 	

	2025		<ol style="list-style-type: none"> 2 Sitasi SKI bukan kesehatan 3 Latar belakang sitasi diakhir kalimat 4 Perbaiki kata-kata peran perawat di RSUD Ende 5 Kepanjangan dari KIE 6 Perbaiki rumusan masalah 7 Tanda dan gejala buat dalam kalimat 8 Kepanjangan dari TIA 9 Pemeriksaan fisik yang metode IPPA di bold 	
7.	Senin, 17 maret 2025	BAB I Latar Belakang	<ol style="list-style-type: none"> 1 Buat SKI dalam Mendeley 2 Tambahkan permasalahan yang ditemukan di RSUD Ende 3 Perbaiki Rumusan Masalah di PPT 4 Rapikan PPT 5 ACC Proposal 6 Kontrak waktu dengan penguji 7 Naik ujian 	
8.	Jumat, 20 Juni 2025	BAB 4 Hasil Studi Kasus Dan Pembahasan	<ol style="list-style-type: none"> 1 Angka buat dalam huruf 2 Tambahan bed di identitas pasien 3 Buat narasi yang menarik atau kalimat yang mudah dimengerti 4 Riwayat keluhan utama 	

			<p>kalimat dihilangkan</p> <p>4 Ganti kata asumsi</p> <p>5 Jelaskan mengapa sampai terjadi keluhan di pasien</p> <p>6 Apakah orang gelisah bisa hipertensi</p> <p>7 Cari penelitian orang yang mendukung kasus tersebut yang ada di tanda dan gejala</p> <p>8 Jelaskan semua etiologi setiap diagnosa di pembahasan</p> <p>9 Jelaskan kriteria hasil di intervensi</p> <p>0 Di implementasi jelaskan mengapa harus atur posisi semi fowler pada pasien hipertensi.</p>	
10	Rabu, 02 Juli 2025	BAB IV dan V	<p>1. Perbaiki sitasi</p> <p>1. Kasih masuk kategori IMT</p> <p>2. Jelaskan akibat dari serin makan makanan berminyak</p> <p>3. Tambahkan mengapa sampai pasien tidak minum obat darah tinggi</p> <p>4. Jelaskan mengapa sampai angkat masalah risiko perfusi serebral menjadi diagnosa utama</p> <p>5. Perbaiki sitasi</p> <p>6. Perbaiki keterbatasan studi kasus</p> <p>7. Perbaiki kesimpulan</p> <p>8. Tambahkan kriteria hasil di evaluasi, apakah di hari ketiga semua implementasi teratasi atau belum</p>	

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Tambahkan mengapa sampai pasien tidak minum obat darah tinggi 4. Jelaskan mengapa sampai angkat masalah risiko perfusi serebral menjadi diagnosa utama 5. Perbaiki sitasi 6. Perbaiki keterbatasan studi kasus 7. Perbaiki kesimpulan 8. Tambahkan kriteria hasil di evaluasi, apakah di hari ketiga semua implementasi teratasi atau belum 9. Tambahkan pemberian obat captopril di implementasi 	<i>Rmy</i>
11.	Jumat, 04 Juli 2025	BAB IV dan V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tujuan diubah menjadi kalimat pasif 2. Tambahkan intervensi pendukung (edukasi diet) di masalah risiko perfusi serebral tidak efektif 3. Tambahkan judul tabel 4. Jelaskan mengapa risiko perfusi serebral tidak efektif menjadi diagnosa utama 5. Evaluasi hari ketiga jelaskan mengapa sampai teratasi 	<i>Rmy</i>
12	Senin, 07 Juli 2025	BAB IV-V	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC KTI 2. Kontrak waktu dengan penguji 3. Siap ujian 	<i>Rmy</i>

Ende, 07 Juli 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

NIP. 196601141991021



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Selviana Fono Deri
NIM : PO5303202220062
NAMA PENGUJI : Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

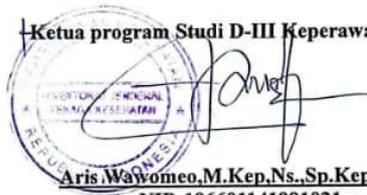
No	Hari/Tanggal	Materi	Rekomendasi Penguji	Paraf Penguji
1.	Jumat, 20 Juni 2025	BAB I dan III	1. Latar belakang paragraf kedua dibuat gabung dengan paragraf pertama 2. WIIO buat dalam huruf miring 3. Perbaiki editan 4. Rumusan masalah diubah 5. Perbaiki tujuan umum dan khusus 6. Intervensi dibuat dalam bentuk potrait dan narasi 7. Tabulasi data, klasifikasi data dan analisa data tidak usah/dihilangkan 8. Tambahkan sumberi dibagian implementasi dan evaluasi 9. Tambahkan lampiran <i>informed consent</i> dan format pengkajian KMB 10. Subjudul buat dalam huruf 12	
2.	Kamis, 22 Mei 2025	BAB I dan III	1. Cover buat dalam bentuk piramida terbalik 2. Subjudul buat dalam huruf 12 3. Tambahkan proposal di kata pengantar 4. Perbaiki huruf 5. Perbaiki spasi 6. Tambahkan lampiran format penjelasan sebelum penelitian studi kasis (PSPSK)	
3.	Selasa, 27 Mei 2025	BAB I-III	1. ACC revisi proposal	

3.	Selasa, Mei 2025	27	BAB I-III	1. ACC revisi proposal	
4.	Kamis, Juli 2025	10	BAB I-V	1. Perbaiki kata pengantar 2. Perbaiki abstrak 3. Karya Tulis Ilmiah buka proposal lagi 4. Tambahkan saraf ke tujuh sampai dua belas 5. Tambahkan keterbatasan studi kasus	
5.	Selasa, Juli 2025	29	BAB I-V	1. Perbaiki kata pengantar 2. Perbaiki editan	
6.	Kamis, Juli 2025	31	BAB I-V	1. ACC Revisi KTI	

Ende, 31 Juli 2025

Mengetahui

Ketua program Studi D-III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Data Diri

Nama : Selviana Fono Deri
Tempat/Tanggal Lahir : Manatena, 26 November 2001
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Hironimus Deri Day
Nama Ibu : Petrosia Moi

2. Riwayat Pendidikan

SDK Ngusumana : 2008-2013
SMPN Satu Atap Bajawa Utara : 2013-2017
SMA Negeri Satu Bajawa : 2017-2020
Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

**JANGAN BANDINGKAN PROSESMU DENGAN PROSES ORANG LAIN,
YANG JALAN KAKI JUGA BISA SAMPAI TUJUAN DAN YANG BERLARI
PUN MASIH BISA TERJATUH**

“Amsal 16:9”