

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD Ende tepatnya di Ruangan Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan penyakit dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas *bed* 19, yang terdiri dari ruangan A berjumlah 7 *bed*, ruangan B berjumlah 7 *bed* dan ruangan C berjumlah 5 *bed* dengan tenaga keperawatan berjumlah 18 orang yang terdiri dari Diploma III berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah Kepala Ruangan.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat, Unit Penunjang medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli gigi dan poli fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, Ruang rawat kandungan dan kebidanan, Ruang perawatan anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat Intensif Care (ICU), Ruang rawat paviliun dan Ruang perawatan Khusus.

Unit penunjang medis yang terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oksigen, dan sistem manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 23-25 september 2024, jam 08.00 di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Pasein berinisial Tn. A. I. usia 54 tahun , klien beragama islam, status klien sudah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan pedagang Klien tinggal di Mbongawani, masuk rumah sakit pada tanggal 21 september 2024 dengan Diagnosa Medis Hipertensi. Penanggung jawab klien Ny. M. Y usia 48 tahun, hubungan dengan klien istri, alamat Mbongawani

2) Status kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

(1)Keluhan utama

Klien mengatakan badan lemah, kepala sakit, leher teggang

(2) Riwayat keluhan utama

Klien mengatakan badannya lemah, kepala sakit, leher teggang dan sulit untuk menggerakkan tangan dan kaki bagian kiri sejak 2 hari yang lalu, klien mengatakan sulit untuk tidur, gelisah, dan sering terbangun serta tidur tidak nyenyak

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

Klien mengatakan pada hari Sabtu 21 September 2024 pada pukul 07 : 30 klien kerja seperti biasa dan tiba-tiba saat bekerja klien merasa lemah, tangan dan kaki bagian kiri sulit untuk digerakan, leher teggang, kepala sakit.

Pada pukul 09 : 00 keluarga langsung mengantar klien ke IGD rumah sakit umum daerah Ende

(4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi kaki dan tangan yang tidak bisa di gerakan

Klien dan keluarga klien mengatakan upaya yang dilakukan yaitu menusuk jari menggunakan jarum supaya darah keluar, keluarga (istri) mengatakan menggunakan jahe dengan cara jahe dihancurkan lalu ditempelkan pada kaki dan tangan yang tidak bisa digerakan, lalu kemudian menggosok menggunakan obat gosok pijat urut (GPU).

b) Status kesehatan masa lalu

(1) Penyakit yang pernah dialami

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi dan pernah diperiksa dipuskesmas Rukun lima yaitu 3 tahun yang lalu yaitu tahun 2021

(2) Pernah dirawat

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat dipuskesmas maupun dirumah sakit

(3) Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi baik makanan maupun obat-obatan

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

Klien mengatakan sering minum alkohol pada saat ada acara dan klien juga minum kopi pada saat tertentu

(5) Riwayat penyakit keluarga

Klien mengatakan keluarganya ada yang mengalami hipertensi yaitu mama kandungnya.

3) Pola kebutuhan dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dialaminya yaitu hipertensi akan tetapi klien tidak pernah kontrol dipuskesmas, klien mengatakan sering makan –makanan yang berminyak (gorengan), minum alkohol, minum kopi. Klien

mengatakan tidak mengikuti apa yang dianjurkan oleh istri untuk tidak makan yang berminyak

b) Pola nutrisi metabolik

Sebelum sakit : klien mengatakan makan 3x sehari dan selalu menghabiskan 1 sampai 2 piring nasi yang disediakan dengan jenis makanannya: nasi, sayur, ikan, ubi, klien mengatakan suka makan - makanan yang berminyak (gorengan), minum 7-8 gelas air putih sehari, $\pm$ 1500-1750 CC, minum kopi pagi dan sore 2 gelas/hari $\pm$ 500 CC, sering minum kopi 4-5 gelas $\pm$ 100-200 CC. klien mengatakan memiliki makanan larangan/pantangan yaitu tidak diperbolehkan untuk makan ikan besar.

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit nafsu makan tidak berkurang dan makan 2 kali sehari dengan jenis makanan: nasi, sayur rendah garam, tempe, ikan, pisang. Sehari minum 4-5 gelas air putih/ hari $\pm$ 1000-1500 CC

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit BAB lancar yaitu sehari 2 sampai 3 kali, warna kuning kecokelatan, konsistensi padat, bau khas dan tidak ada keluhan saat BAB. Klien mengatakan BAK lancar yaitu 6-7 kali sehari, warna kuning bau khas.

Saat sakit : klien mengatakan saat sakit belum pernah BAB, klien mengatakan BAK 3-4 kali sehari

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : klien mengatakan pekerjaannya adalah pedagang dan setiap hari klien kerja yaitu menjual ikan. Semua aktivitasnya bisa dilakukan secara mandiri.

Saat Sakit : klien mengatakan badannya lemah, dan merasa cepat lelah ketika melakukan aktifitas, kaki kiri dan tangan kiri sulit digerakan. Klien hanya terbaring ditempat tidur. Klien mengatakan semua aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. mandiri tanpa ada keluhan lemah, pusing dan sesak napas.

e) Pola kognitif dan persepsi

Klien mengatakan tidak ada gangguan baik penglihatan, pendengaran, maupun daya ingat.

f) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 7-8 jam dan kadang terbangun karena merasa BAK/BAB.

Saat sakit : klien mengatakan malam tidur dari jam 20 : 30 – jam 03 : 20 pagi dan sering terbangun tengah malam karena sakit kepala. Klien mengatakan sulit untuk tidur dan merasa gelisah. Klien mengatakan tidur siang sekitar 30 menit hingga samapai 1 jam.

g) Pola peran dan hubungan

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga, lingkungan,
baik dan klien berperan aktif dalam kegiatan bermasyarakat

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum : lemah

Tingkat Kesadaran : Composmentis

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

b) Tanda-tanda Vital

TD : 189/100 mmHg

S : 36,4° C

N : 84 x/menit

SPO² : 94 %

RR : 20 x/menit

c) *Head to toe*

1. Kepala

(a)Rambut : tampak bersih dan beruban tidak ada benjolan
ataupun luka,

(b)Wajah : bentuk wajah simetris, klien tampak meringis.

(c)Hidung : berbentuk simetris, tidak ada sekret, tidak ada
epistaxis/mimisan

(d) Mata : konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik, mata panda.

(e)Mulut : mukosa bibir kering, tidak ada gigi berlubang.

(f) Telinga : tidak ada cairan, tidak ada gangguan pendengaran

2. Leher : tampak bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

3. Dagu : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, frekuensi napas 20 x/menit, bunyi napas vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan dan tidak ada nyeri tekan
4. Abdomen : bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, bising usus 30 x/menit.

5. Ekstermitas

(a)Ekstermitas atas

CRT<3 detik, tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa di gerakan,terpasang infus NACl 0,9 %10 tetes/menit ditangan kiri

(b)Ekstremitas bawah

Tidak terdapat edema, kakim kiri dan tangan kiri tidak bisa diggerakan

5) Pemeriksaan Diagnostik

a) Pemeriksaan darah lengkap

Tabel 3.2. Pemeriksaan Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	7.30	$10^3/\mu\text{L}$	3.60 – 11.00
LYMPH#	2.18	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 – 3.70
MONO#	0.34	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.70
EO#	0.09	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.40
BASO#	0.06	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.10
NEUT#	4.63	$10^3\mu\text{L}$	1.50 – 7.00
LYMPH%	29,9	%	25.0 – 40.0
MONO%	4.7	%	2.0 – 8.0
EO%	1.2	%	2.0 – 4.0
BASO%	0.8	%	0.0 – 1.0
NEUT%	63.4	%	50.0 – 70.0
IG#	0.00	$10^3\mu\text{L}$	0.00 – 7.00
IG%	0.0	%	0.0 – 72.0

RBC	5.63+	10 ³ u/L	3.80 – 5.20
HGB	12.0	g/dL	11.7 – 15.5
HCT	37,2	%	35.0 – 47.0
MCV	66.0	fL	80.0 – 100.0
MCH	21.3	Pg	26.0 – 34.0
MCHC	32.3	g/dL	32.0 – 36.0
RDW-SW	34,9	fL	37.0 -54.0
RDW-CV	14,6	%	11.5 – 14.5
PLT	226 ⁻	10 ³ u/L	150 – 450
MPV	9.6*	fL	9.0 – 13.0
PCT	0.26*	%	0.17 – 0.35
PDW	11.9*	fL	9.0 – 17.0
P-LCR	23.1*	%	13.0– 43.0

b) Pemeriksaan glukosa darah

Tabel 3.3. Pemeriksaan glukosa darah

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
GLUKOSASEWAKTU	21 sept 2024	83	70 -140 mg/dl

c) Pemeriksaan fall hati

Tabel 3.4. Pemeriksaan Faal Hati.

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
SGOT/AST	21 sept 2024	30.8	0 – 35 U/L
SGPT/ALT	21 sept 2024	23.3	4 – 36 U/L
ALBUMIN	21 sept 2024	4.63	3.4 – 4.8 g/dl

d) Pemeriksaan fall ginjal

Tabel 3.5. Pemeriksaan Faal Ginjal.

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
UREUM	21 sept 2024	60.4	10 – 50 mg/dl
CREATININ	21 sept 2024	2.24	0.6 – 1.2 mg/dl

e) Pemeriksaan elektrolit

Tabel 3.6. Pemeriksaa elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
NATRIUM	21 sept 2024	141	135 -145 mmg/L

KALIUM	21 sept 2024	5.2	3.5 -5.1 mmg/L
CHLORIDA	21 sept 2024	103	98 – 106mmg/L

f) Pemeriksaan lemak darah

Tabel 3.7. Pemeriksaa Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Tanggal	Hasil	Nilai Rujukan
CHOLESTEROL TOTAL	21 sept 2024	234	< 200 mg/dl
HDL-CHOLESTEROL	21 sept 2024	54	> 45 mg/dl
LDL-CHOLESTEROL	21 sept 2024	152	<130 mg/dl
TRIGLISERIDA	21 sept 2024	142	< 150 mg/dl

g) Penatalaksanaan pengobatan

Tabel 3.8. Penatalaksanaan/pengobatan.

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
Captopril	3 x 25 mg	Oral
Omeprazole	2 x 40 mg	IV
Paracetamol	3 x 1 gr	IV
Mecobalamin	2 x 500 mg	IV
Citicolin	2 x 500 mg	IV
Simvastatin	2x20 mg	Po

b. Tabulasi Data

Klien mengatakan badannya lemas, kepala sakit, leher tegang, dan sulit untuk menggerakkan kaki dan tangan bagian kiri sejak dua hari yang lalu, klien memahami tentang penyakit hipertensi namun, klien tetap mengkonsumsi alkohol sesekali, minum kopi, makan – makanan yang berminyak (gorengan), klien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh orang lain/keluarga baik makan, minum, mandi, berpakaian, toileting, dan berpindah. klien mengatakan tidak bisa tidur Karena kepala sakit, klien mengatakan malam tidurnya dari jam 20 : 30 – 03 : 20 pagi dan

sering terbangun, tidur siang $\pm$ 30 menit – 1 jam saja. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran : compasmentis, GCS = 15 (eye =4, verbal =5, motorik = 6). Tanda – tanda vital : tekanan darah 189/100mmHg, suhu 36,6°C, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, SPO2 94%, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering hasil Lab keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran: compasmentis GCS = 15 (eye = 4, verbal = 5, motorik = 6, tanda –tanda vital TD =189/100, suhu = 36,6°C, nadi = 74x/ menit, RR = 20x/menit, SPO2 =94%, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering.

Lab : EO% = 1,2%, BASO% = 0,8 %, NEUT 63,4%, RDW – SD = 34,9 F/L, RDW-CV= 14,6 +%, UREUM =60,4 mg/dl, CREATININ = 2,24mg/dl, KALIUM = 5,2 mg/dl.

c. Klasifikasi data

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

Data subjektif : klien mengatakan kepala sakit, leher tegang, badan terasa lemah, klien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan bagian kiri sejak dua hari yang lalu, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien mengatakan jarang memeriksa kesehatannya difasilitas kesehatan, lemah dan lelah ketika melakukan sebuah aktivitas.

Data objektif : keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran: compasmentis GCS = 15 (eye = 4, verbal = 5, motorik = 6, tanda –tanda

vital TD =189/100, suhu = 36,6°C, nadi = 74x/ menit, RR = 20x/menit, SPO2 =94%, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering.

Leb : EO% = 1,2%, BASO% = 0,8 %, NEUT 63,4%, RDW – SD = 34,9 F/L, RDW-CV= 14,6 +%, UREUM =60,4 mg/dl, CREATININ = 2,24mg/dl, KALIUM = 5,2 mg/dl.

d. Analisa data

Tabel 3.9. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS : Klien mengatakan leher tegang dan sakit kepala. DO : TD = 189/100 mmHg, Suhu =36,8° C, Nadi = 84 x/menit, SPO ² = 94%, RR = 20 x/menit, tampak lemah.hasil Leb EO% = 1,2%, BASO%= 0,8%, NEUT=643,4%	Peningkatan Tekanan Darah	Resiko Perfusi Cerebrall Tidak Efektif
DS : Klien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas,kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa di gerakan. Aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah. DO : Klien tampak lemah	Kelemahan	Intoleransi Aktifitas
DS : Klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah saat melakukan aktifitas. DO : klien tampak lemah, Tingkat kesadaran composmentis, GCS = 15 (Eye = 4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital : TD = 189/100mmHg, Nadi = 84	Perubahan <i>afterload</i>	Resiko Penurunan Curah Jantung

x/menit, nadi teraba kuat, RDW-SD= 34,9-F/L, RDW-Cv= 14,6+%

DS : Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 20:30-04:20, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang ± 30 menit - 1 jam saja.	Hambatan Lingkungan	Gangguan Pola Tidur
DO : mata panda, konjungtiva pucat, tampak lemah, mukosa bibir kering.		

Prioritas masalah

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif
- b. Resiko penurunan curah jantung
- c. Gangguan pola tidur
- d. Intoleransi aktivitas

3. Diagnosa Keperawatan

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

DS : klien mengatakan kepala sakit, leher tegang

DO : TD = 189/100 mmHg, Suhu = 36,8° C, Nadi = 84 x/menit

SPO² = 94%, RR = 20 x/menit, tampak lemah. hasil Lab EO% = 1,2%, BASO% = 0,8%, NEUT=643,4%

- b. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload* ditandai dengan :

DS : klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah ketika melakukan sebuah aktivitas

DO : klien tampak lemah, kesadaran compasmentis, , GCS = 15 (Eye=4, Verbal = 5, Motorik = 6). Tanda-tanda Vital TD = 189/100 mmHg, Suhu =36,8° C, Nadi = 84 x/menit, RDW-SD= 34,9-F/L, RDW-Cv= 14,6+%

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

DS : Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit, merasa pusing dan terganggu karena ribut.

Malam tidurnya dari jam 20:30-04:20, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang $\pm$ 30menit - 1 jam saja.

DO : mata panda, konjungtiva pucat, tampak lemah, mukosa bibir kering

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan :

DS : Klien mengatakan badan lemah, cepat lelah ketika melakukan aktifitas,kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa digerakan . Aktifitasnya di bantu oleh keluarga baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah.

DO : Klien tampak lemah

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.10. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Sakit kepala menurun (5) 2) Tekanan darah sistolik membaik (5). 3) Tekanan darah diastolik membaik (5).	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakanial. Observasi 1) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). 2) Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>). Terapeutik 3) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. 4) Berikan posisi semi fowler. Penatalaksanaan 5) Penatalaksanaan terapi pemberian obat captopril 3 x 25 mg/oral,.	1) Deteksi dini peningkatan tekanan intrakanial untuk melakukan tindakan lebih lanjut. 2) Dengan memantau tanda-tanda vital dan pengisian kapiler dapat dijadikan pedoman untuk penggantian cairan atau menilai respons dari kardiovaskuler. 3) Memberikan kenyamanan pada pasien 4) Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi atau perfusi serebral. 5) Pemberian terapi obat captopril dan amlodipine sudah sesuai dengan dosis dan dapat menurunkan tekanan darah selama pemberian oral jangka panjang.

Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan <i>afterload</i> .	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penurunan jantung dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Lelah dan lemah menurun (5) 2) Tekanan darah membaik (5)	Perawatan Jantung Observasi 1) Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi : dispnea, kelelahan, edema). 2) Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu). 3) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. Terapeutik 4) Posisikan pasien semi-fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. 5) Berikan diet jantung yang sesuai (mis. batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan yang tinggi lemak).	1) Penurunan curah jantung akan berpengaruh terhadap sistemik tubuh, mengidentifikasinya dapat berguna dalam memberikan pengarah dalam melakukan tindakan keperawatan sesuai tanda/gejala yang muncul. 2) Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya. 3) Mengetahui tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. 4) Mempertahankan kenyamanan, meningkatkan ekspansi paru, dan memaksimalkan oksigenasi pasien. 5) Pemberian asupan makanan yang tidak memacu kerja jantung lebih keras. 6) Memberikan terapi relaksasi dapat membantu mengalihkan perhatian pasien terhadap stres yang dirasakan sehingga stres dapat berkurang misalnya dengan terapi relaksasi napas dalam. 7) Melatih pasien untuk gaya hidup sehat. 8) Melatih pasien beraktivitas secara bertahap.
--	---	---	---

		6) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu. Edukasi 7) Anjurkan berhenti merokok. 8) Anjurkan beraktifitas fisik secara bertahap.	
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Keluhan kesulitan tidur berkurang (5). 2) Keluhan istirahat tidak cukup berkurang (5). 3) Keluhan tidak puas tidur berkurang (5)	Dukungan Tidur Observasi 1) Identifikasi pola dan jam tidur. 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur. Terapeutik 3) Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan) Edukasi 4) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.	1) Mengetahui pola dan aktifitas tidur. 2) Mengetahui faktor pengganggu tidur. 3) Memberikan kenyamanan saat tidur. 4) Membangun rasa keinginan tidur cukup selama sakit.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktifitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5). 2) Keluhan lelah menurun (5).	Manajemen Energi Observasi 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif. Edukasi 3) Anjurkan tirah baring. 4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.	1) Mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahan dan rencana tindakan berikutnya yang dapat dilakukan. 2) Membantu meningkatkan rentang gerak pasien dalam beraktivitas. 3) Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan energi kembali. 4) Melatih kekuatan otot dan pergerakan pasien agar tidak terjadi kekakuan otot maupun sendi.
---	--	--	--

5. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada hari pertama Senin, 23 september 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan 1

Jam 07 : 30 mengukur tanda – tanda vital dan memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (hasil : TD = 189/100mmHg, Suhu=36,6°C, Nadi=84 x/menit, SPO₂=94%, RR=20 x/menit, kesadaran composmentis, klien mengatakan kepala sakit dan leher teggang).

Jam 08 : 20 memonitor MAP (hasil : $2 \times 100 + 189 : 3 = 192 \text{mmHg}$).

Jam 09 : 00 melayani pemberian terapi obat injeksi citicolin 500 mg/Iv.

Jam 10 : 30 meminimalkan stimulus dan menyediakan lingkungan yang tenang dengan membatasi keluarga yang berkunjung. Jam 10 : 50 memberikan posisi semi fowler (hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12 : 00 melayani pemberian obat captopril 25 mg/oral.

Diagnosa Keperawatan 2

Jam 08 : 30 mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (hasil :RR= 20x/menit, klien tidak sesak napas, tidak edema.

Jam 08 : 40 memonitor tekanan darah (hasil : tekanan darah 189/100mmHg. Jam 09 : 00 mengukur tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah melakukan aktivitas (sebelum melakukan aktivitas tekanan darah 189/100mmHg, nadi 79x/menit, setelah melakukan aktivitas tekanan darah 180/90mmHg, nadi 85x/menit). Jam 10 : 50 memposisikan pasien semi fowler yaitu pasien berbaring dengan posisi setengah duduk

(30°C - 45°C) dengan posisi kaki lebih rendah dari posisi kepala (hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan.

Jam 11 : 05 mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi stress dan menyarankan klien untuk mengontrol atau bercerita dengan keluarga.

Jam 11 : 15 menganjurkan klien untuk tidak merokok lagi (hasil : klien mengatakan akan mengikuti apa yang disarankan oleh perawat).

Jam 13 : 10 menganjurkan klien untuk beraktivitas secara bertahap (hasil : menganjurkan dan membantu klien untuk miring kiri dan miring kanan secara bertahap klien mengatakan bisa melakukan miring kekanan dan kekiri secara pelan – pelan.

Diagnosa Keperawatan 3

Jam 08 : 00 mengidentifikasi pola dan jam tidur (hasil : klien mengatakan sulit tidur karena kepala sakit). Jam 08 : 40 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (hasil : klien mengatakan sulit tidur karena kepala sakit, karena ribut. Malam tidurnya dari jam 20:30-04:20, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang ±30 menit - 1 jam saja.

Jam 10 – 50 menganjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara supaya keluarga tidak ribut dan matikan lampu serta tutup tirai ketika klien sedang tidur. 12 : 15 menjelaskan pentingnya tidur cukup disaat sakit (hasil: mengajarkan kepada klien tentang pentingnya tidur / istirahat secukupnya selama sakit agar bisa membantu proses penyembuhan klien dan klien mengatakan akan mengikuti apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.

Diagnosa Keperawatan 4

Jam 10 : 05 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan (hasil : klien mengatakan badan masih lemah dan cepat lelah ketika melakukan sebuah aktivitas.

Jam 11 : 50 menganjurkan kepada klien untuk tirah baring. Jam 12 : 25 menganjurkan klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap yaitu dengan melakukan miring kiri dan juga melakukan miring kekanan.

Tindakan keperawatan yang harus dilakukan pada hari kedua Selasa 24 September 2024 adalah sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan 1

Jam 07 : 30 mengukur tanda – tanda vital dan memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (hasil : TD = 220/100mmHg, suhu 34,6°C, kesadaran compasmentis, klien mengatakan kepala sakit dan leher teggang. Jam 08 : 10 memonitor tanda dan gejala peningkatan tekanan intrakrnial (hasil : TD = 220/100mmHg, nadi = 85x/menit, suhu = 34,6°C, RR = 20x/menit, SPO2 =98%, kesadaran compasmentis. Jam 09 : 00 melayani injeksi obat citicolin 500mg/Iv, melayani injeksi obat mecobalamin 500mg/Iv. Jam 09 : 50 memonitor MAP (hasil : $2 \times 100 + 220 : 3 = 200$ mmHg. Jam 10 : 10 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang dan membatasi pengunjung. Jam 11 : 10 mengatur posisi semi fowler (hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12 : 30 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/ oral.

Diagnosa Keperawatan 2

Jam 07 : 30 mengidentifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung (dispnea, kelelahan, edema) (hasil : klien mengatakan tidak merasa sesak, masih merasa cepat lelah ketika telah melakukan aktivitas, tidak ada edema. Jam 08 : 00 memonitor tekana darah (

hasil : TD = 200/100mmHg, SPO2 = 98%, nadi = 85x/ menit. Jam 09 : 10 mengatur posisi fowler pada pasien (hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 10 : 10 menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi/ napas dalam untuk mengurangi stress.

Jam 11 : 10 menganjurkan klien untuk tidak minum alkohol dan tidak merokok lagi (hasil : klien mengatakan akan mengikuti apa yang disarankan oleh perawat). jam 13 : 50 menganjurkan dan membantu klien untuk melakukan miring kekiri dan kekanan (hasil : klien mengatakan bisa miring kekanan secara perlahan.

Diagnosa keperawatan 3

Jam 08 : 30 mengidentifikasi pola dan jam tidur (hasil : klien mengatakan masih merasa kesulitan untuk tidur, malam tidur dari jam 08 : 30 sampai 03 : 20 pagi dan sering terbangun kadan tidur tidak nyenyak. Jam 09 : 00 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (hasil : klien mengatakan dikarenakan ribut dan disebabkan juga karena kepala sakit). Jam 10 : 00 mengajarkan klien untuk memodifikasi lingkungan dengan cara menganjurkan keluarga untuk tidak ribut, matikan lampu, dan tutup tirai disaat klien sedang tidur. Jam 12 : 30 menjelaskan kepada klien bahwa pentingnya tidur/istirahat yang cukup selama sakit.

Diagnosa keperawatan 3

Jam 09 : 10 mengidentifikasi bagian fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (hasil : klien mengatakan badannya masih merasa lemah saat setelah melakukan aktivitas). Jam 10 : 10 mengajarkan klien untuk melakukan tirah baring. Jam 12 : 30 mengajarkan kepada klien untuk melakukan aktivitas secara bertahap yaitu miring kiri dan miring kanan. Jam

13 : 20 mengajarkan kepada keluarga pasien untuk membantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

6. Evaluasi keperawatan hari pertama Senin, 23 september 2024 dengan ditentukan hasil sebagai berikut :

a) Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan leher masih terasa tegang dan kepala sakit.

O : Klien tampak lemah, kesadaran composamentis, TD = 190/90mmHg, Suhu = 36,6° C, Nadi = 98x/menit, SPO₂ = 94%, RR = 20 x/menit.

A : Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4 dan 5.

b) Diagnosa Keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah setelah beraktifitas.

O : Klien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema.

TD : 180/90 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 20 x/menit.

A : Masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8.

c) Diagnosa Keperawatan 3

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

S : Klien mengatakan sulit tidur karena ribut dan sakit kepala, tidak puas tidur dan sering terbangun.

O : Mata panda, konjungtiva pucat, sering menguap, TD : 180/100 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 20 x/menit, SpO₂ : 94 %, Suhu : 36,6°C.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

d) Diagnosa Keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 14 :00

S : Klien mengatakan badannya masih terasa lemah, cepat lelah setelah beraktifitas.

O : Klien tampak lemah, klien tampak tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi dari kaki, semua aktifitas klien tampak dibantu oleh keluarga, TD : 180/100 mmHg, Nadi : 85 x/menit, RR : 20 x/menit, SpO₂ : 94 %, Suhu : 36,6°C.

A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5.

Evaluasi hari kedua Selasa 24 September 2024 ditentukan hasil sebagai berikut :

a) Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00

S : Klien mengatakan masih merasa sakit kepala dan leher tegang.

O : Klien tampak lemah, kesadaran composmentis, TD : 200/110 mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,4°C, RR : 20 x/menit, SpO₂ : 98 %.

A : Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4.

b) Diagnosa Keperawatan 2

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan merasa lemah dan cepat lelah setelah melakukan aktifitas.

O : Klien tampak lemah, tidak sesak napas, tidak ada edema, TD : 200/110 mmHg,

Nadi : 85 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO² : 98 %.

A : Masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 7 dan 8.

c) Diagnosa Keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan sulit tidur karena ribut dan sakit kepala, tidur tidak nyenyak dan tidak puas saat tidur.

O : Mukosa bibir kering, konjungtiva pucat, mata panda, sering menguap, TD : 200/110 mmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO² : 98 %.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi.

P : Lanjutkan intervensi 1, 3, dan 4.

d) Diagnosa Keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 14:00

S : Klien mengatakan badannya masih lemah, kaki kiri dan tangan kiri belum bisa di gerakan, cepat lelah saat melakukan aktifitas.

O : Klien tampak lemah, semua aktifitas tampak dibantu oleh keluarga, TD : 200/110 mmHg, Nadi : 85 x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 20 x/menit, SpO² : 98 %.

A : Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi.

P : Lanjutkan **intervensi** 1, 3, dan 4.

7. Catatan perkembangan

Diagnosa Keperawatan 1

Evaluasi dilakukan pada jam 07:00

S : Klien mengatakan sakit kepala berkurang, leher masih terasa tegang

O : Klien tampak membaik, kesadaran compasmentis,

TD : 159/55 mmHg, Nadi : 74 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,4° c, SpO² : 94%.

A : Masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif sebagian teratasi.

P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 4, dan 5)

I : Jam 07:10 memonitor tanda atau gejala peningkatan tekanan intrakranial (Hasil : klien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, leher masih terasa tegang, TD : 159/55 mmHg, Nadi : 74 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,4° c, SpO² : 94%.
Jam 07:50 memonitor MAP (Hasil $2 \times 55 + 159 : 3 = 142$ mmHg. Jam 09:10 melayani pemberian terapi injeksi obat citicolin 500 mg/Iv, injeksi obat mecobalamin 500 mg/Iv, jam 10:20 mengatur posisi semi fowler (Hasil : klien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan). Jam 12:00 melayani pemberian terapi obat captopril 25 mg/oral.

E : Evaluasi jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak pusing, sakit kepala sudah berkurang dan leher terasa sedikit tegang. Keadaan umum baik, klien tampak membaik, kesadaran composmentis. TD : 159/50 mmHg, Nadi :85 x/menit, Suhu : 36,6°C, SpO₂ : 94%, RR : 20 x/menit.

Diagnosa keperawatan 2

Evaluasi dilakukan jam 07:15

S : Klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah melakukan beraktifitas

O : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tidak sesak napas, tidak ada edema, TD : 159/55 mmHg, Nadi : 74 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 36,6° c, SpO₂ : 94%.

A : Masalah resiko penurunan curah jantung sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 7 dan 8).

I : Jam 07:20 mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (mis. dispnea, kelelahan, edema) (Hasil : klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas, tidak sesak napas, tidak ada edema). Jam 09:20 memonitor tekanan darah dan nadi saat sebelum dan sesudah beraktifitas (Hasil : setelah beraktifitas TD : 16/90mmHg, Nadi : 78 x/menit). Jam 11:10 menganjurkan pada pasien untuk secara perlahan mulai berhenti minum alkohol dan merokok. Jam 11:30 menganjurkan pada pasien untuk beraktifitas fisik secara bertahap dan duduk secara perlahan.

E : Evaluasi dilakukan pada jam 14:00 klien mengatakan sudah tidak merasa lelah setelah beraktifitas, klien tampak membaik, tidak ada edema, tidak sesak napas,

TD : 159/50 mmHg, Nadi :86 x/menit, Suhu : 37,6°C, SpO² : 94 %, RR : 20 x/menit.

Diagnosa keperawatan 3

Evaluasi dilakukan jam 07:15

S : Klien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak dari jam 20 : 30 – 03 : 20 pagi, bangun ketika ingin BAK setelah itu lanjut tidur sampai pagi dan tidak ada gangguan, klien mengatakan puas dengan tidurnya.

O : Klien tampak membaik, mata tidak panda, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, TD = 159/ 55mmHg, Nadi = 75x/menit, suhu =36,4°C, RR= 20x/menit, SPO₂= 94%.

A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi lanjut (1,3, 4)

I : jam 08 : 20 mengidentifikasi jam tidur dan kelihan saat tidur (hasil: klien mengatakan sudah bisa tidur malam dengan nyenyak, dan bangun ketika mau BAK, dan setelah itu tidur sampai pagi tanpa ada gangguan selama tidur, dan klien mengatakan merasa puas dengan tidurnya. Jam 10 : 30 memodifikasi lingkungan yaitu dengan cara menyarankan kepada keluarga untuk tidak ribut saat pasien tidur dan menutup tirai serta matikan lampu pada saat pasien sedang tidur supaya pasien tidur dengan aman. Jam 12 : 50 menjelaskan pentingnya istirahat yang cukup selama sakit kepada pasien.

E : Evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00 klien mengatakan suda bisa tidur dengan nyenyak dan nyaman dan tidak ada gangguan selama tidur, keadaan umum baik,

kesadaran compasmentis, mata tidak panda lagi, TD = 159/50mmHg, N = 75x/menit, suhu = 36,4°C, RR = 20x/menit, SPO2 = 94%.

Diagnose keperawatan 4

Evaluasi dilakukan pada jam 07 :15

S : Klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah saat beraktivitas, kaki kiri dan tangan kiri sedikit bisa di gerakan, dan aktivitasnya masih dibantu oleh keluarga

O : Klien tampak membaik, kesadaran compasmentis, klien tampak bercerita dengan keluarga, keadaan umum baik, kesadaran compasmentis, mata tidak panda lagi, TD = 159/50mmHg, N = 75x/menit, suhu = 36,8°C, RR = 20x/menit, SPO2 = 95%.

A : Masalah intoleransi aktivitas sebagian teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3

I : jam 07 : 20 mengidentifikasi fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan (hasil : klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, kaki kiri dan tangan kiri sedikit bisa di gerakan dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Jam 11 : 30 menganjurkan pasien untuk melakukan aktivitas bangun duduk secara perlahan - lahan. Jam 12 : 50 menganjurkan pasien untuk beristirahat agar bisa membantu proses penyembuhan.

E : Evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00 klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, tidak merasa lelah setelah beraktivitas, sudah bisa bangun sendiri dan kadang dibantu oleh keluarga, keadaan umum baik, kesadaran compasmentis, mata tidak panda lagi, TD = 159/50mmHg, N = 75x/menit, suhu = 36,8°C, RR = 20x/menit, SPO2 = 95%

B. Pembahasan

Penelitian studi kasus ini dilakukan tanggal 23 sampai dengan 25 september 2024.

Pembahasan ini berisi tentang penjelasan rinci hasil studi kasus yang dikaitkan dengan konsep

teori dan hasil studi kasus sebelumnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada kasus Tn. A. I didapatkan klien mengatakan leher tegang, kepala sakit, badan terasa lemah, kaki kiri dan tangan kiri tidak bisa di gerakan, memiliki riwayat penyakit hipertensi, klien memahami penyakit hipertensi tetapi klien tetap minum alkohol sesekali, minum kopi, merokok, makan – makanan yang berminyak (gorengan), klien mengatakan jarang memeriksa kesehatannya difasilitas kesehatan, lemah, dan cepat lelah ketika melakukan aktivitas, klien mengatakan semua aktivitasnya dibantu baik makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, dan berpindah. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepala sakit dan merasa terganggu karena ribut. Malam tidurnya dari jam 20:30-04:20, sering terbangun dan kadang tidak bisa tidur nyenyak, tidur siang ± 30 menit - 1 jam saja. Keadaan umum : klien tampak lemah, tingkat kesadaran : compasmentis, GCS = 15 (eye =4, verbal =5, motorik = 6). Tanda – tanda vital : tekanan darah 189/100mmHg, suhu 36,6°C, nadi 74x/menit, RR 20x/menit, SPO2 94%, mata panda, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering. Hasil Lab: EO% = 1.2%, BASO% = 0,8%, NEUT 63,4%, RDW- CV =14.6+%, UREUM = 60,4 mg/dl, CREATININ = 2,24mg/dl, KALIUM = 5,2mg/dl.

Pada teori manifestasi klinis Hipertensi menurut Ni Ketut & Brigita Ayu antara lain : Meningkatnya tekanan sistole di atas 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg, sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, mual dan muntah, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, nyeri dada, sesak napas, mata berkunang-kunang, lemah dan lelah.

Pengkajian menurut Agustanti dwi dkk (2022) Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh sakit kepala bagian belakang, epistaksis ataumimisan, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam), kelemahan pada satu sisi tubuh, gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur), detak jantung ≥ 100 x/menit, napas cepat, keringat

a. Gejala epistaksi atau mimisan tidak terjadi pada Tn. A. I hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori, karena dalam kasus Tn. A. I belum terjadi vesikuler akibat hipertensi. Menurut Ferdinata & Ernawati (2020), mengatakan tekanan darah yang terlalu tinggi mengakibatkan pembuluh darah yang sudah lemah menjadi pecah sehingga menyebabkan pendarahan hal ini tidak terjadi pada Tn. A. I karena peningkatan tekanan darah cepat diturunkan dengan pemberian obat captopril 3 x 25 mg/Iv, yang mana kegunaan obat tersebut untuk menurunkan tekanan darah sehingga tekanan yang terjadi pada arteri masih dapat di kontrol dan tidak menimbulkan pendarahan. Pasien diharapkan untuk tetap minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter.

b. Penglihatan kabur dan mata berkunang-kunang tidak terjadi pada

Tn. A. I hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara kasus dan teori. Menurut Agustanti Dwi & dkk (2022), mengatakan pada hipertensi berat akan terjadi retinopati dimana tekanan darah yang tinggi menyebabkan kerusakan pembuluh darah retina karena penyumbatan darah pada arteri dan vena retina. Pada Tn. A. I tidak terjadi komplikasi retinopati karena mendapatkan perawatan dan penanganan yang cepat dengan pemberian obat captopril 3 x 25 mg/Iv, menganjurkan untuk menerapkan pola

hidup sehat pada pasien serta menganjurkan diet hipertensi untuk menjaga agar tidak terjadi peningkatan tekanan darah pasien. Pasien diharapkan untuk minum obat secara teratur dan rajin untuk cek kesehatan ke dokter.

- c. Edema tidak terjadi pada Tn. A. I hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus. Menurut Ni Ketut & Brigitta (2019), tekanan darah tinggi pada glomerulus ginjal dapat mengakibatkan komplikasi yaitu gagal ginjal. Dimana dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema yang sering dijumpai pada hipertensi kronis hal ini tidak terjadi pada Tn. A. I. Sehingga untuk mencegah terjadi komplikasi akibat hipertensi diharapkan untuk menjaga pola hidup sehat seperti kurangi makanan yang mengandung tinggi garam, tinggi kolesterol, serta berhenti merokok, kopi serta alkohol dan juga minum obat hipertensi secara teratur sesuai resep dokter.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Sari (2020), masalah keperawatan yang muncul pada hipertensi anatara lain : nyeri akut, resiko perfusi cerebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, resiko jatuh, intoleransi aktifitas, dan hipervolemia. Pada kasus Tn. A. I diagnosa keperawatan yang muncul adalah resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

- a. Masalah keperawatan resiko jatuh dengan tanda dan gejala penglihatan kabur yang disebabkan karena komplikasi retinopati. Menurut Ni Ketut & Brigitta Ayu (2019), mengatakan kelainan lain pada retina yang terjadi akibat tekanan darah yang tinggi

adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Pada kasus Tn. A. I tidak mengalami resiko jatuh karena penglihatan masih normal dan tidak kabur intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

- b. Masalah keperawatan gangguan pola tidur diangkat menjadi salah satu diagnosa keperawatan pada kasus Tn. A. I. Menurut Winowo & Laili (2019), ini di dukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oematan G, (2021) durasi waktu tidur yang kurang dari 8 jam/hari menyebabkan kadar leptin dalam darah menurun sehingga berpengaruh dalm sistem saraf simpatis yang mengakibatkan tekanan darah meningkat dengan demikian diagnosa gangguan pola tidur harus ditegakan dan segera diatasi untuk menurunkan tekanan darah tinggi.
- c. Hipervolemia mengacu pada peningkatan volume cairan akibat komplikasi. Menurut Ni Ketut & Brigitta Ayu (2019), mengatakan komplikasi gagal ginjal dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksik dan kematian. Dengan rusaknya membran glomerulus, protein akan keluar melalui urine sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema. Pada kasus Tn. A. I tidak ditemukan tanda dan gejala edema untuk mendukung penegakkan diagnosa hipervolemia.

3. Intervensi/ perencanaan keperawatan

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

- a. Pada intervensi resiko perfusi cerebral tidak efektif intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor CPV (*Central Venous Pressure*), monitor CPP (*Cerebral Perfusion Pressure*), cegah terjadinya kejang.
- b. Resiko penurunan curah jantung intervensi yang tidak dilakukan adalah identifikasi tanda dan gejala sekunder penurunan curah jantung, fasilitasi pasien dan keluarga untuk memodifikasi gaya hidup sehat, berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen.
- c. Intoleransi aktifitas intervensi yang tidak dilakukan adalah monitor kelelahan fisik dan emosional, lakukan aktifitas rentang gerak pasif dan aktif, berikan distraksi yang menenangkan

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang ada ditunjukkan untuk menurunkan atau mengatasi masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif, resiko penurunan curah jantung, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas, maka tindakan yang dilakukan yaitu

- a. **Resiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif.** Monitor tanda dan gejala peningkatan Tekanan Intrakranial (misalnya: tingkat kesadaran, keluhan sakit kepala, tanda-tanda vital). Monitor MAP (*Mean Arterial plessure*), Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Berikan posisi semi fowler. Penatalaksanaan

obat- obatan : pemberian captopril 3 x 25 mg/oral, pemberian injeksi citicolin 2 x 500 mg/Iv, injeksi mecobalamin 2 x 500 mg/Iv.

- b. **Resiko Penurunan Curah Jantung.** Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema). Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu), Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak). Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap.
- c. **Gangguan Pola Tidur.** Identifikasi pola dan jam tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur. Modifikasi lingkungan (mis. kebisingan, pencahayaan). Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.
- d. **Intoleransi Aktifitas.** Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Anjurkan tirah baring. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan keluarga. Apabila hasil evaluasi menunjukkan tercapainya hasil atau tujuan maka pasien bisa keluar dari proses keperawatan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah sebagian dapat teratasi, resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload sebagian dapat teratasi, gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan sebagian dapat teratasi, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan sebagian dapat teratasi.

