

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. I. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM I, II RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH ENDE TANGGAL
21-23 MEI 2025**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH

SAHARANI PUTRI APRILIA
NIM. PO5303202220026

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. I. R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM I, II RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH ENDE TANGGAL
21-23 MEI 2025**



KARYA TULIS ILMIAH

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

OLEH :

SAHARANI PUTRI APRILIA
NIM: PO5303202220026

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2025**

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. I. R.
DENGAN HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM I, II DI RSUD ENDE TANGGAL
21-23 MEI 2025

KARYA TULIS ILMIAH
OLEH

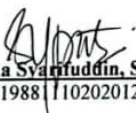
SAHARANI PUTRI APRILIA
NIM: PO5303202220026

karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan pada tanggal

08 Juli 2025

Penguji Ketua

Penguji Anggota


Svaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIP. 19881102020121002


Maria Salestina Sekunda, SST.Ns.,M.Kes
NIP. 198101242009122001

Disahkan Oleh :


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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Saharani Putri Aprilia
Nim : PO5303202220026
Program Studi : D-III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
TN. I. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS
HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM I, II RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH ENDE TANGGAL 21-23 MEI 2025**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 04 Juli 2025

Yang membuat pernyataan



Saharani Putri Aprilia
NIM: PO5303202220026

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. I. R.
DENGAN HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM I, II DI RSUD ENDE TANGGAL
21-23 MEI 2025**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH

SAHARANI PUTRI APRILIA
NIM : PO5303202220026

Karya Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing untuk Diuji

Ende, 4 Juli 2025

Pembimbing



Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns. M.Kes
NIP. 198101242009122001

Disahkan Oleh :

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



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

KATA PENGANTAR

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

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di lembaga ini
3. Dr. Ester Pustpita Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk melaksanakan Studi Kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST,Ns.,M.Kes selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep,Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende
7. Baba Haji, Mama Ika, Umma, Abi, Ican, Andhika, Dwi Arsyah, Syauqi, Ine Biba,ajman, mega, ken dan paman kado yang selalu memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Kepada Tn.I.R dan keluarga yang telah bersedia meluangkan waktu, memberikan informasi, serta menjawab semua pertanyaan dengan jujur dan terbuka.Partisipasi dan kontribusi keluarga sangat berharga bagi kelancaran dan keberhasilan menyusun karya tulis ilmiah ini.
9. Tidak lupa juga saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada sahabat-sahabat saya, Leli Istri Wonwu, Lily Istiqomah, Wulan Salsabila, Andini, Yusrin, Hajar, Alifah, Efmi yang selalu memberikan dukungan, semangat, serta tawa di tengah proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
10. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2022 Program Studi DIII Keperawatan Ende terkhususnya 3A yang selalu mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

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

Ende, 04 Juli 2025

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I. R Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Diruangan Penyakit Dalam I, Ii Rsud Ende

**Saharani Putri Aprilia¹
Maria Salestina Sekunda²
Syaputra Artama Syarifudin³**

Hipertensi merupakan penyakit kardiovaskular yang memiliki factor resiko utama penyebab terjadinya kematian global. Tujuan studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan pada Tn. I. R dengan diagnosa medis Hipertensi di ruangan RPD I, II, RSUD Ende. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Hasil studi kasus pada pengkajian Tn. I. R. Ditemukan pasien mengatakan leher terasa tegang, penglihatan kabur, pusing, dengan CRT <3 detik. Masalah yang muncul Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, Resiko perfusi serebal berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri, Gangguan Pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Intervensi keperawatan yang di lakukan selama 3 hari dan evaluasi yaitu : Nyeri akut sebagian tertasi, resiko perfusi serebal tidak efektif sebagian teratasi, gangguan pola tidur teratasi, defisit pengetahuan sebagian teratasi. Adapun kesenjangan antara kasus nyata dan teori dimana pada teori terdapat masalah keperawatan intoleransi aktivitas sedangkan pada kasus nyata tidak terdapat masalah tersebut. Oleh karena itu pasien Hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk hipertensi serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

Kepustakaan : 22 buah (2019-2025)

Keterangan : ¹Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Ende

²Dosen Pembimbing Prodi DIII Keperawatan Ende

³Dosen Penguji Prodi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care for Patient Mr. I. R with Medical Diagnosis of Hypertension in Internal Medicine Ward I, II, RSUD Ende

Saharani Putri Aprilia¹
Maria Salestina Sekunda²
Syaputra Artama Syarifudin³

Hypertension is a cardiovascular disease that has a major risk factor for global mortality and the number of hypertensive patients is increasing every year. The purpose of this case study is to describe the nursing care for Mr. I. R with a medical diagnosis of Hypertension in the RPD I, II, RSUD Ende ward. The method used in this scientific paper is a case study with a nursing care approach that includes assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation of nursing care. The results of the case study on the assessment of Mr. I. R found that the patient complained of neck tension, blurred vision, dizziness, with CRT <3 seconds. The problems that emerged were Acute Pain related to Physiological Injury Agent, Risk of Cerebral Perfusion related to Decreased Left Ventricular Performance, Sleep Pattern Disturbance related to Environmental Barriers, Knowledge Deficit related to Lack of Information Exposure. Nursing interventions were carried out for 3 days and evaluation showed that: Acute pain was partially relieved, risk of cerebral perfusion was partially relieved, sleep pattern disturbance was relieved, knowledge deficit was partially relieved. There was a gap between the real case and theory, where in theory there was a nursing problem of activity intolerance, while in the real case there was no such problem. Therefore, hypertensive patients should modify their lifestyle to be healthier by avoiding factors that can worsen hypertension and regularly taking medication as advised.

Keywords : Nursing Care, Hypertension

Literature : 22 pieces (2019-2024)

Description : ¹DIII Nursing Study Program Students, Ende
²Supervisor of DIII Nursing Study Program, Ende
³Examiner Lecturer of DIII Nursing Study Program Ende

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL i

LEMBAR PENGESAHAN.....ii

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN iii

LEMBAR PERSETUJUAN iv

KATA PENGANTAR v

ABSTRAK..... viii

ABSTRACT ix

DAFTAR ISI x

DAFTAR LAMPIRAN xiii

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A Latar Belakang1

B Rumusan Masalah4

C Tujuan5

D Manfaat studi kasus5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA 7

A Konsep Dasar Penyakit Hipertensi7

1 Pengertian Penyakit Hipertensi7

2 Etiologi Penyakit Hipertensi.....7

3 Patofisiologi Penyakit Hipertensi10

4 Pathway12

5 Manifestasi Klinis Penyakit Hipertensi.....	13
6 Komplikasi Penyakit Hipertensi	13
7 Pemeriksaan Diagnostik Penyakit Hipertensi	15
8 Penatalaksanaan Penyakit Hipertensi	16
B Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	18
1 Pengkajian Keperawatan	18
2 Intervensi Keperawatan.....	26
3 Implementasi Keperawatan.....	36
4 Evaluasi Keperawatan	36
BAB III METODE STUDI KASUS	38
A Rancangan/Desain Penelitian.....	38
B Subyek Studi Kasus	38
C Batasan Istilah.....	38
D Lokasi dan Waktu Studi Kasus	39
E Metode/ Prosedur Studi Kasus	39
F Teknik Pengumpulan Data	39
G Instrumen Pengumpulan Data	40
H Keabsahan Data.....	41
I Analisa Data	41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	43
A Hasil Studi Kasus.....	43
1 Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus	43

2 Pengkajian Keperawatan	44
3 Diagnosa keperawatan	55
4 Perencanaan Keperawatan.....	56
5 Implementasi Keperawatan.....	62
6 Evaluasi Keperawatan	66
B Pembahasan	70
1 Pengkajian.....	70
2 Diagnosa Keperawatan	71
3 Perencanaan Keperawatan.....	72
4 Pelaksanaan Keperawatan.....	74
BAB V PENUTUP.....	76
A Kesimpulan	76
B Saran	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Iformed Consent	80
Lampiran 2 Penjelasan Sebelum Studi Kasus.....	81
Lampiran 3 Askep	82
Lampiran 4 Surat Pernyataan.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 5 Surat Plagiasi	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 6 Lembar Konsul.....	Error! Bookmark not defined.
Lampiran 7 Daftar Riwayat Hidup	Error! Bookmark not defined.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2021 penyakit kardiovaskuler terdapat sebanyak 17,9 juta jiwa, sedangkan di Negara dengan berpendapatan rendah dan menengah terdapat 1,28 juta jiwa penderita hipertensi yang berusia 30-79 tahun. Sekitar 46% orang dewasa di seluruh dunia tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit hipertensi. Berdasarkan hasil laporan kasus Hipertensi di Provinsi NTT tahun 2019, sebanyak 135.703 kasus, pada tahun 2020, jumlah kasus hipertensi sebanyak 133.23 kasus, dimana 90.159 kasus terjadi pada wanita. Jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Kupang pada tahun 2020 sebanyak 3.225 orang (Maring., 2022). Berdasarkan Hasil Riskesdas (2018) prevalensi di Kabupaten Ende Sebanyak 36,64% atau 1.398 kasus dan menempati kedudukan ke-4.

Penduduk yang terdiagnosa dokter sebanyak 4,67% dan penduduk rutin minum obat sebanyak 4,79% dengan jumlah seluruh 1.405 orang (Riskesdas, 2018). Data dan laporan rekapitulasi Dinas kesehatan kabupaten ende pada

tahun 2020 sebesar 21.785 kasus, tahun 2021 terjadi penurunan sebesar 18.524 kasus dan untuk tahun 2022 terjadi penurunan hingga 12.654 kasus yang ada di kabupaten ende sedangkan 4 bulan terakhir dari bulan januari sampai april pada tahun 2023 terjadi peningkatan kembali yaitu sebanyak 13.455 kasus. (Ende, n.d). dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD ENDE) dari Ruangan Penyakit Dalam (RPD III) bahwa jumlah penderita hipertensi pada tahun 2021 sebanyak 21 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 55 kasus dan di tahun 2023 pada bulan Januari-Agustus tercatat sudah mencapai 32 penderita hipertensi dan pada tahun 2024 pada bulan Januari-Agustus tercatat mencapai 14 penderita hipertensi (Profil RSUD Ende, 2024)

Dampak dari penyakit hipertensi telah dibuktikan melalui penyelidikan epidemiologis bahwa penyakit hipertensi/tingginya tekanan darah seseorang dapat berdampak terjadinya penyakit kardiovaskuler karena jantung bekerja keras sehingga otot jantung mengalami pembesaran. Selain itu dampak dari penyakit Hipertensi itu sendiri dapat mengakibatkan penyakit Stroke, yaitu terjadinya okulasi atau penyempitan aliran darah ke otak, pasokan darah ke otak terganggu dan berkurang karena terjadinya sumbatan. Secara psikologis, dampak dari penyakit hipertensi, pasien merasakan cemas, gelisah, takut, depresi dan stres, dimana stres terjadi jika seseorang sedang mengalami suatu ketegangan, dalam menghadapi suatu masalah atau sesuatu yang sangat mengganggu dan merusak integritas kepribadian seseorang (Candra, 2016).

Penyakit hipertensi semakin meningkat tiap tahunnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pada pasien hipertensi sehingga angka kejadiannya pun bertambah saling berjalannya waktu. Hipertensi dapat dicegah dengan berbagai upaya menjaga gaya hidup. Saat ini, Kementrian Kesehatan berupaya meningkatkan promosi kesehatan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah penyampaian informasi dan edukasi kesehatan melalui media pembelajaran. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keinginan masyarakat dalam mencegah dan melakukan perawatan di rumah, sehingga angka hipertensi dapat dikontrol atau dicegah pada masyarakat yang beresiko. Pemberian informasi dan edukasi melalui media pembelajaran, salah satunya booklet diharapkan juga dapat disampaikan kepada orang lain dan anggota keluarga. Booklet yang menarik dan mudah di bawah akan mempermudah penyebaran informasi dan edukasi menggunakan media pembelajaran ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan selfefficacy masyarakat (Aan et al,2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hartati (2018) bahwa upaya Penurunan tekanan darah dengan memberikan informasi yang benar tentang penyakit hipertensi dan menganjurkan pasien untuk diet rendah garam, pemenuhan kebutuhan nutrisi, serta memberikan informasi tentang pencegahan hipertensi dengan meningkatkan pengetahuan pasien dalam penerapan pola hidup sehat sehingga tidak terjadinya komplikasi penyakit lainya (Hartati, 2018).

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

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus hipertensi perawat mendapat tantangan atau permasalahan kurangnya pemahaman perawat akan penggunaan literature dalam penetapan standar pelayanan seperti harus menggunakan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta ketidakpatuhan pasien dalam melaksanakan diet hipertensi.

Berdasarkan pengalaman penulis yang biasa ditemukan dilapangan perawat biasanya hanya melakukan pengkajian berdasarkan keluhan pasien kepada keluhan utama dan perawat tidak melakukan pengkajian secara komperensif. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis hipertensi.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruangan RPD I,II Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Melakukan asuhan keperawatan pada Tn. I.R dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Mampu menggambarkan asuhan keperawatan:

- a. Melakukan pengkajian pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.
- b. Merumuskan penegakan diagnosa keperawatan pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.
- c. Menyusun proses perencanaan keperawatan pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.
- d. Melaksanakan Implementasi keperawatan pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.
- f. Menganalisa kesenjangan antara teori dengan kasus pada Tn. I.R dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I,II.

D. Manfaat studi kasus

1. Manfaat teoritis

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

2. Manfaat praktis

a. Bagi klien

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

b. Bagi rumah sakit

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

c. Bagi peneliti selanjutnya

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

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Pengertian Penyakit Hipertensi

Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya (Kemenkes, 2019). Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah seseorang di atas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Hariawan & Tatisina, 2020).

2. Etiologi Penyakit Hipertensi

Adapun penyebab dari hipertensi menurut Hidayat (2021) dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu:

1. Hipertensi esensial (hipertensi primer)

Penyebab dari hipertensi esensial belum dapat diketahui, sementara penyebab sekunder dari hipertensi esensial juga tidak ditemukan. Pada hipertensi esensial tidak ditemukan penyakit gagal ginjal maupun penyakit lainnya, genetik setara menjadi bagian dari penyebab timbulnya hipertensi esensial termasuk stress, intake alkohol, merokok, lingkungan dan gaya hidup. Hipertensi primer dapat disebabkan oleh faktor berikut ini:

1) Faktor keturunan

Seseorang bisa beresiko terkena hipertensi jika ia memiliki orang tua yang menderita hipertensi

2) Usia

Penyebab hipertensi makin meningkat dengan bertambahnya usia. Ini sering disebabkan oleh perubahan alamiah di dalam tubuh yang mempengaruhi jantung, pembuluh darah dan hormone

3) Jenis kelamin

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

4) Gaya hidup

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

5) Riwayat keluarga

Jika ada keluarga dekat yang memiliki faktor keturunan hipertensi, maka akan mempertinggi resiko terkena hipertensi pada keturunannya

6) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan hipertensi, sebab rokok mengandung nikotin. Menghisap rokok menyebabkan nikotin terserap oleh pembuluh darah kecil dalam

paru-paru dan kemudian akan diedarkan hingga ke otak. Di otak, nikotin akan memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepas epinefrin atau adrenalin yang akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan darah yang lebih tinggi.

7) Obesitas

Obesitas meningkatkan resiko terjadinya hipertensi karena makin besar masa tubuh, makin banyak pula suplai darah yang dibutuhkan untuk masuk ke oksigen dan nutrisi ke jaringan tubuh. Hal ini mengakibatkan volume darah yang beredar melalui pembuluh darah akan meningkat, sehingga tekanan pada dinding arteri menjadi lebih besar.

8) Kurangnya aktivitas fisik

Aktifitas fisik sangat mempengaruhi stabilitas tekanan darah. Pada orang yang tidak aktif melakukan kegiatan fisik cenderung mempunyai frekuensi denyut jantung yang lebih tinggi. Hal tersebut mengakibatkan otot jantung bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Makin keras usaha otot jantung dalam memompa darah, makin besar pula tekanan yang di bebaskan pada dinding arteri.

2. Hipertensi sekunder

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

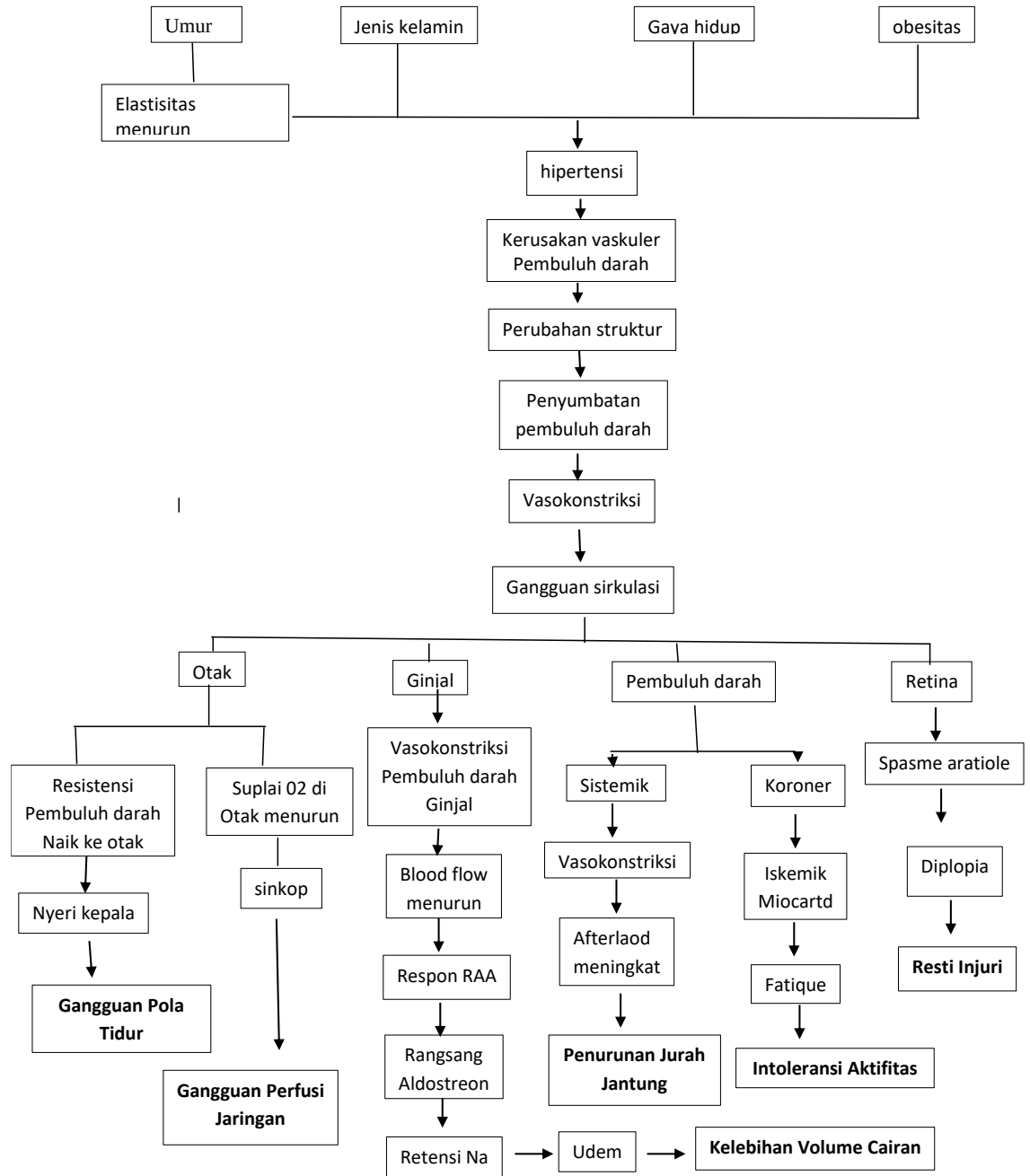
3. Patofisiologi Penyakit Hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor pada medulla di otak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras vsaraf simpatis, yang berlanjut kebawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak kebawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah

Berbagai factor, seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respons pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriktor. Klien dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepineprin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut dapat terjadi. Pada saat bersamaan ketika system saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menyekresi epineprin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal menyekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran darah ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin yang dilepaskan

merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, vasokonstriktor kuat, yang pada akhirnya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (Sari, 2020)

4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi (Sari, 2020)

5. Manifestasi Klinis Penyakit Hipertensi

Adapun tanda dan gejala hipertensi Menurut Kemenkes RI, (2019) menyatakan bahwa orang yang dengan penyakit hipertensi jarang atau bahkan tidak menunjukkan gejala akan tetapi ketika melakukan pemeriksaan memiliki gejala seperti:

- a. Sakit kepala
- b. Gelisah
- c. Jantung berdebar-debar
- d. Pusing
- e. Pangelihatan kabur
- f. Rasa sesak di dada
- g. Mudah Lelah

6. Komplikasi Penyakit Hipertensi

Dengan adanya hipertensi akan menimbulkan komplikasi pada organ-organ tubuh lainnya. Organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat hipertensi antara lain mata berupa perdarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah otak/stroke.

a. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung maka makin berat pula kerusakan yang dapat ditimbulkan. Kelainan lain pada retina yang terjadi akibat

tekanan darah yang tinggi adalah iskemik optik neuropati atau kerusakan pada saraf mata akibat aliran darah yang buruk, oklusi arteri dan vena retina akibat penyumbatan aliran darah pada arteri dan vena retina. Penderita retinopati hipertensif pada awalnya tidak menunjukkan gejala, yang pada akhirnya dapat menjadi kebutaan pada stadium akhir.

b. Kardiovaskular

Infark miokard dapat terjadi apabila arteri coroner mengalami arterosklerosis atau apabila terbentuk trombus yang menghambat aliran darah yang melalui pembuluh darah tersebut, sehingga miokardium tidak mendapatkan suplai oksigen yang cukup. Kebutuhan oksigen miokardium yang tidak terpenuhi menyebabkan terjadinya iskemia jantung, yang pada akhirnya dapat menjadi infark.

c. Ginjal

Penyakit ginjal kronik dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler-kepiler ginjal dan glomerulus. Kerusakan glomerulus akan mengakibatkan darah mengalir ke unit fungsional ginjal, sehingga nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksia dan kematian ginjal. Kerusakan membrane glomerulus juga akan menyebabkan protein keluar melalui urin sehingga sering dijumpai edema sebagai akibat dari tekanan osmotik koloid plasma yang berkurang. Hal tersebut terutama terjadi pada hipertensi kronik.

d. Otak

Stroke merupakan kerusakan target organ pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Stroke timbul karena perdarahan, tekanan intra kranial yang tinggi, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh non otak yang terpajan tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronik apabila arteri-arteri yang mendarahi otak mengalami hipertropi atau penebalan, sehingga aliran darah ke daerah-daerah yang diperdarahinya akan berkurang. Arteri-arteri di otak yang mengalami arterosklerosis melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma. Ensefalopati juga dapat terjadi terutama pada hipertensi maligna atau hipertensi dengan onset cepat. Tekanan yang tinggi pada kelainan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan kapiler, sehingga mendorong cairan masuk ke dalam ruang interstisium di seluruh susunan saraf pusat. Hal tersebut menyebabkan neuron-neuron di sekitarnya kolap dan terjadi koma bahkan kematian. (Nuraini, 2015)

7. Pemeriksaan Diagnostik Penyakit Hipertensi

- a. Pemeriksaan laboratorium.
- b. Hemoglobin /hematokrit: Dapat mengkaji dari hubungan sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor resiko seperti anemia.
- c. BUN/kreatinin: Dapat memberikan informasi tentang perfusi/ fungsi ginjal.

- d. Glukosa: Hiperglikimia (diabetes militus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketakolamin.
- e. Kolesterol dan trigliserida serum: Peningkatan kadar dapat mengindikasikan adanya pembentukan plak ateromatus.

8. Penatalaksanaan Penyakit Hipertensi

a. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan pada pasien hipertensi menurut (Jeklin, 2021). Penatalaksanaan keperawatan dilakukan dengan menerapkan pola hidup yang sehat. Pola hidup yang sehat dapat mencegah ataupun dapat mengurangi risiko permasalahan kardiovaskuler. Menurunkan tekanan darah dapat dilakukan dengan pembatasan konsumsi garam dan alkohol, peningkatan konsumsi sayuran dan buah, penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal, aktivitas fisik teratur, serta berhenti merokok.

- 1) Pembatasan konsumsi garam Terdapat bukti hubungan antara konsumsi garam dan hipertensi. Konsumsi garam berlebih dapat meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan prevalensi hipertensi.
- 2) Perubahan pola makan Pasien hipertensi disarankan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan

- 3) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal
- 4) Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit.
- 5) Mengurangi konsumsi alkohol.

b. Penatalaksanaan Medis

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

- 1) Diuretika
- 2) Beta-blocker
- 3) Calcium Channel Blockers (CCB)
- 4) Golongan anti hipertensi lain
- 5) Angiotensin II Reseptor Blockers
- 6) Klasium Channel Bloker

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

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

a. Pengumpulan Data

Data fokus yang perlu dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

1) Identitas meliputi nama pasien.

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

suhu panas yang tinggi mencapai 30°C atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau hipertensi.

- f) Pendidikan: Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami.

2) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada sebagian besar pasien dengan hipertensi menimbulkan gejala sakit kepala, gelisah, palpitasi, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, mudah lelah, dan impotensi, jantung kadang berdebar-debar, rasa cemas berlebihan.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

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

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga (keturunan) yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke.

3) Pemeriksaan Pola Kesehatan

1. Pola persepsi kesehatan-pola pemeliharaan kesehatan
Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, minum

alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid bisa menjadi faktor resiko timbulnya penyakit.

2. Pola Aktivitas/Istirahat

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah kesulitan aktivitas akibat kelemahan, frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, kelelahan.

3. Pola Sirkulasi

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah riwayat hipertensi, aterosklerosis dan penyakit jantung koroner, tekanan darah meningkat dan takikardi, kulit pucat, (vasokonstriksi perifer), Pengisian kapiler mungkin lambat / tertunda.

4. Pola Eliminasi

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

5. Pola Nyeri Atau Ketidaknyamanan

Ditemukan adanya nyeri dada, sakit kepala serta nyeri pada tengkuk.

6. Pola Istirahat Dan Tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia.

7. Pola Kognitif-Persepsi Sensori

Apakah adanya keluhan yang dirasakan mengenai kemampuan sensasi pendengaran dan penglihatan), kesulitan yang dialami (sering pusing), kemampuan kognitif, persepsi terhadap nyeri memakai pengkajian PQRST.

P : Paliatif (yang mengurangi atau meningkatkan nyeri)

Q: Kualitas (Frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

R : Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S : Skala nyeri 1-10

T : Kapan keluhan dirasakan dan lamanya

8. Pola Seksual Reproduksi

Bagaimana pemahaman pasien mengenai fungsi seksual, apakah terdapat gangguan dalam melakukan hubungan seksual yang dikarenakan penyakitnya.

9. Pola Mekanisme Koping

Menjelaskan terakait pola koping, toleransi pada supportsystem dan stress

10. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Orang Lain

Bagaimana hubungan pasien bersama orang lainnya apakah keadaan penyakitnya mempengaruhi dalam melakukan hubungan dengan orang lain.

11. Pola Nilai Dan Kepercayaan

Bagaimana pasien dalam melakukan aktivitas beragam apakah ada perubahan selama sakit, adakah keyakinan pasien yang tidak sesuai pada kesehatannya.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum: Meliputi keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, dan pemeriksaan TTV yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah.

b) Pemeriksaan *Head to Toe*

Inspeksi

Kepala dan wajah: Ditemukan keluhan pusing, sakit kepala, nyeri pada tengkuk, wajah tampak lesu, karena kelelahan dan insomnia.

Palpasi

Pasien mengeluh nyeri kepala.

c) Pemeriksaan Mata

Inspeksi

Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung, tampak loyo/ ayu atau kurang bersemangat.

Palpasi

Edema/papiledema (eksudat atau hemoragik) tergantung pada tingkat keparahan hipertensi.

d) Pemeriksaan Thoraks

1. Jantung

Palpasi

Denyut nadi meningkat, jantung takikardi/ brakikardia.

Perkusi

Terdapat bunyi jantung gallop.

Auskultasi

Bunyi Jantung mumur dan gallop mengeras merupakan gejala dini dari CHF.

2. Paru-Paru

Inspeksi

Kesimetrisan dada, pergerakan dada

Palpasi

Adanya retraksi dada /tidak

Perkusi

Terdapat bunyi sonor

Auskultasi

Suara napas vesikuler

e) Pemeriksaan Integumen

Inspeksi

Kulit pucat.

Palpasi

Suhu dingin, CRT > 3 detik

f) Ektremitas

Inspeksi

Adanya edema, episode mati rasa, kelumpuhan separuh badan

Palpasi

Kaji kekuatan otot pasien.

b. Tabulasi Data

Sakit kepala, gelisah, pusing, leher kaku, penglihatan kabur, nyeri dada, nyeri pada tengkuk, mudah lelah, dan impotensi, ketidakmampuan untuk tidur, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, takikardia, distensi vena jugularis, kulit pucat, tampak meringgis, tekanan darah meningkat, merasa lemah, rasa cemas berlebihan, jantung berdebar-debar. Ditemukan dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea, pengisian kapiler lambat atau tertunda.

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif: Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, penglihatan kabur, rasa cemas berlebihan, ditemukan dispnea yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea.

Data Objektif: Kulit tampak pucat, takikardia, tampak meringis, tekanan darah meningkat, suhu dingin, distensi vena jugularis, tampak pucat/kering, pengisian kapiler lambat/tertunda.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami pasien dengan hipertensi adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung

DS: Mengeluh lemah, dyspnea

DO: Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refill **time** > 3 detik, warna kulit pucat atau sianosis.

2. Resiko Perfusi serebral tidak efektif

DS: Penurunan kinerja ventrikel kiri

DO: Tidak tersedia

3. Nyeri akut

DS: Mengeluh nyeri

P: Paliatif/provokatif (yang mengurangi atau meningkatkan nyeri)

Q: Kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan serta deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)

R: Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S: Severity/Tingkat berat nyeri (skala nyeri 1-10)

T: Time (Kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

DO: Tampak meringis, bersikap protektif (mis waspada posisi menghindari nyeri, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

4. Intoleransi aktivitas

DS: Dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lelah.

DO: Tekanan darah berubah $> 20\%$ dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.

5. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang ditandai dengan

DS: Biasanya pasien mengeluh sesak napas, mual, muntah, penurunan nafsu makan.

DO: Tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

2. Intervensi Keperawatan

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

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah penurunan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Bradikardia menurun (5)
- 2) Takikardia menurun (5)
- 3) Dispnea menurun (5)
- 4) Pucat/sianosis menurun (5)

- 5) Lelah menurun (5)
- 6) Tekanan darah membaik (5)
- 7) Capillary refill time (CRT) membaik (5)

Intervensi **Perawatan jantung**

Observasi :

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

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

- 2) Monitor tekanan darah

Rasional: Ginjal berespon terhadap penurunan curah jantung dengan mereabsorpsi natrium dan cairan, output urin biasanya menurun selama tiga hari karena perpindahan cairan ke jaringan tetapi dapat meningkat pada malam hari sehingga cairan berpindah lagi ke sirkulasi saat klien tidur

- 3) Monitor nilai laboratorium jantung

Rasional: Nilai laboratorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostic

Terapeutik

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

Rasioanal: Posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

- b) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu

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

Edukasi

- 1) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

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

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

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

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

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil :

1. Tekanan intra karnial menurun (5)
2. Sakit kepala menurun (5)
3. Gelisah menurun (5)
4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)
5. Kesadaran membaik. (5)

Intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Observasi

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

Rasional : Untuk mengetahui peningkatan TIK

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

Rasional : Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK

- 3) Monitor intake dan output cairan

Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik.

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial

- 2) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Memberikan posisi nyaman bagi klien

- 3) Cegah terjadinya kejang

Rasional: Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi syok

- 4) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional: Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsa, jika perlu

Rasional: Sebagai terapi anjing

- 2) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Rasional: Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan.

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Tampak meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Sikap proktaktif menurun (5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi: **Manajememen Nyeri**

Observasi

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

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan

Terapeutik

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

Rasional: Terapi non-farmakologis melalui peningkatan endorphen, transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri

b. Fasilitas istirahat dan tidur

Rasional: Dengan difasilitasi istirahat dan tidur membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit

Edukasi

1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan

2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: Dengan diajarkan strategi meredakan nyeri pasien mampu meredakan nyeri secara mandiri

3) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

Rasional: Ketika nyeri yang dirasakan mulai parah pasien dapat memberi tahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan cepat.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi

peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi Dengan kriteria hasil :

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

Intervensi Manajemen energy

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan

- 2) Monitor pola dan jam tidur

Rasioanl: Kecukupan tidur atau istirahat mengurangi kelelahan yang dirasakan

- 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Rasional: Mengetahui lokasi atau bagian tubuh yang mana yang tidak nyaman dalam melakukan aktifitas

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misl. Cahaya, suara, kunjungan)

Rasional: Dengan menyediakan lingkungan yang nyaman menambah kenyamanan pasien

- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

Rasional: Dengan latihan gerak pasif dan aktif meningkatkan dan melatih massa otot

- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: Mengalihkan rasa ketidaknyamanan pasien

Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

Rasional: Dengan tirah baring yang cukup membantu mengoptimalkan atau mencukupi kebutuhan istirahat pasien

- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Menunjang proses kesembuhan secara bertahap dan melatih kekuatan otot.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Dengan asupan gizi yang seimbang memaksimalkan proses penyembuhan pasien

e. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Asupan cairan meningkat
- 2) Haluan urine meningkat
- 3) Kelembapan membran mukosa meningkat
- 4) menurun
- 5) Asites menurun
- 6) Dehidrasi menurun

Intervensi : **Manajemen Hipervolemia**

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hypervolemia (mis, otopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat.

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

- 2) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: Setelah di identifikasi penyebabnya maka akan di berikan intervensi sesuai penyebabnya.

- 3) Monitor ontake dan output cairan

Rasioanal: Memastikan intake dan output cairan yang masuk

Terapeutik

- 1) Batasi asupan cairn dan garam

Rasional: Membatasi cairan yang masuk kedalam tubuh agar tidak menimbulkan komplikasi lain seperti Edema dan memperberat kerja jantung.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian diuretic

Rasional: Dengan pemberian obat golongan diuretik membuang garam dan air dari dalam tubuh melalui urin

3. Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dan berbagai akitvitas keperawatan yang telah dituliskan dalam rencana keperawatan pasien, kemampuan penguasaan teknik keperawatan seorang perawat sangat diperlukan pada tahap ini, adapun kemampuan yang diperlukan meliputi kemampuan intelektual untuk menerapkan teori keperawatan kedalam praktek serta kemampuan hubungan interpersonal (Manurung, 2011).

4. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan, perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yng diharapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan

evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Manurung, 2011)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Metode studi kasus merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi pada pasien Tn. I. R. dengan diagnosa medis Hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic pada pasien Tn. I. R. dengan diagnosa medis Hipertensi di Rumah Sakit Umum Ende.

C. Batasan Istilah

Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

1. Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah arteri dimana tekanan darah sistole lebih atau sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih atau sama dengan 90 mmHg atau keduanya.
2. Asuhan keperawatan adalah Suatu bentuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan

biologis, psikologis, sosial, spiritual yang diberikan langsung kepada pasien meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan di Ruang Penyakit Dalam I, II RSUD Ende selama 3 hari perawatan dari tanggal 21-23 Mei

E. Metode/ Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepala ruangan penyakit dalam. Setelah mendapatkan izin, penulis diperbolehkan untuk memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan, bila responden setuju penulis meminta tanda tangan Informend Consent setelah itu dilanjutkan dengan pengumpulan Data, tabulasi data, klasifikasi data, analisa data kemudian merumuskan diagnosa, melakukan perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata pasien, biodata

orang tua/wali, alasan masuk rumah sakit, keluhan utama yang dirasakan pasien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi pengkajian fisik dan mental dan pemeriksaan fisik.

2. Observasi

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh penulis. Observasi ini dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 21-23 Mei 2025

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi DIII Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual pada studi kasus ini data diperoleh dari:

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari pasien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi, biodata pasien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik, mental dan orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien .

I. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari studi kasus yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah studi kasus. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi

yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah bertipe C yang berada di Jl.Prof. Dr. W. Z. Yohanes. Sebagai salah satu pelayanan kesehatan RSUD Ende telah menyediakan berbagai fasilitas pelayanan seperti, Instalansi Gawat Darurat, Instalansi Rawat Jalan (Poli Penyakit Dalam, Poli Penyakit Bedah, Poli Kandungan, Poli Anak, Ruang Rawat Perinatal, Ruang Rawat Intensif/ICU, Ruangan Rawat Paviliun, Ruangan Perawatan Khusus), Unit Penunjang Medis (Farmasi, Radiologi, Laboratorium, Kamar bedah, Kamar Bersalin, Elektromedis, Dan Fisioterapi). Sedangkan Unit Penunjang Non medis (Administrasi Bagian Keuangan, Bagian Pelayanan Medis, Bagian Keperawatan, Instalansi Pemeliharaan, Sarana Rumah Sakit/ PSRS, Unit Kamar Jenazah, Bilik Asuh, Sentral Oksigen Dan System Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Studi kasus di lakukan di ruangan penyakit dalam I, II RSUD Ende. Ruangan RPD I, II merupakan salah satu ruangan penyakit dalam dengan jumlah 5 kamar VIP dan jumlah kelas II kamar untuk 3 ruangan. Ruangan RPD VIP terdiri dari 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan perawat atau *Nurs Station*, 1 ruangan istirahat, ruangan obat-obatan. Secara struktur RPD VIP RSUD Ende terdiri dari atas kepala ruangan, yang di bantu tenaga

keperawatan sebanyak 12 orang. Penyakit Hipertensi pada tahun 2025 sebanyak 8 kasus

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu 21 Mei 2025 di Ruangan penyakit dalam I, II RSUD Ende, Ruangan RPD I, II Kelas IIA Bed 2, Pada Tn I. R, berumur 70 tahun, beragama katolik pekerjaan pensiunan guru, alamat di Wolowaru.

a. Biodata klien

Pasien berinisial Tn. I. R, berumur 70 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pekerjaan pensiunan guru, alamat di Wolowaru, beragama katolik, masuk dengan diagnosa medis Hipertensi. Penggung Jawab Klien Ny. M. R, berumur 36 tahun, dengan pekerjaan IRT, alamat di Wolowaru, hubungan dengan pasien anak kandung

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan pusing, leher tegang, merasa lemah.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala sejak satu minggu terakhir, rasa sakit di rasakan di bagian belakang kepala, sakit yang di rasakan berlangsung selama 3 menit, rasa sakit di rasakan ketika tidur di malam hari, pasien juga merasa lemah dan penglihatan kabur saat berdiri terlalu lama.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan saat ingin memberi makan hewan peliharaan pasien merasa pusing dan jatuh terpeleset hingga pingsan dan pasien sempat tidak sadarkan diri di perjalanan dan di bawah ke rumah sakit ende.

4) Upaya yang dilakukan

Pasien dan keluarga mengatakan langsung membawa pasien ke rumah sakit ende karena tidak sadarkan diri

c. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami sakit lambung biasa pada tahun 2021

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat sama sekali

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan maupun minuman.

4) Kebiasaan (Merokok/kopi/alkohol)

Pasien mengatakan merokok dan minum kopi

d. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yang mempunyai sakit yang sama yaitu ayah dari pasien

e. Diagnosa medis dan terapi yang di dapatkan sebelumnya?

Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan terapi pengobatan sebelumnya

f. Pola kebutuhan dasar

1) Pola Presepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan apa bila pasien sakit keluarga pasien hanya membeli obat di warung. Saat ini pasien mengatakan bahwa sakit yang di alami pasien bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan

2) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengonsumsi makanan yang berminyak, berlemak, bersantan dan garam

Saat sakit: Pasien makan 3 kali sehari, porsi makana di habiskan dan tidak mengonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak goreng). Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc) tonus otot baik, BB: 55kg TB: 159 Cm

3) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning berbau khas urine (amoniak) tidak ada keluhan saat BAK

Saat sakit: Pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek tidak ada keluhan saat BAB BAK 5-8 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

4) Pola Aktivitas Dan Latihan

Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja di kebun dan merawat hewan peliharaan pasien tidak mengalami sesak nafas, tidak nyeri dada semua aktivitas di lakukan secara mandiri

Saat sakit: Pasien harus tirah baring (*bedrest*) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena lemah disertai pusing, leher terasa tegang dan penglihatan kabur

5) Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang pukul 13.00-15.30

Saat sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam dari jam 20.00 dan pasien sering kebangun tengah malam karena merasa tegang di belakang lehernya

6) Pola Kognitif Dan Presepsi Sensori

Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik

Saat sakit: Pasien mengatakan penglihatan kabur dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik, juga bisa membedakan rasa (pahit/ manis)

7) Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi anak-anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya

Saat sakit: Pasien mengatakan harus menjalani perawatan di RPD VIP RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya

8) Pola Peran Hubungan Dengan Sesama

Sebelum sakit: Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga dan orang lain baik-baik saja

Saat sakit: Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik di buktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat

9) Pola Sirkulasi Reproduksi

Tidak di kaji karena menjaga privasi pasien

10) Pola Mekanisme Dan Toleransi Terhadap Stress

Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidak mudah stress/ putus asa jika ada masalah selalu bercerita pada anak-anaknya

Saat sakit: Pasien berharap sembuh dari penyakitnya

11) Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit: Mengatakan pasien beragama katolik dan rajin beribadah ke gereja

Saat sakit: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhan

l. Pola Neurosensory

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

S : Daerah tengkuk

T : Nyeri di rasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur

g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : Lemah

Tingkat kesadaran : Komposmentis (GCS : E: 4 V: 5 M: 6)

2) Tanda-Tanda Vital : TD: 148/100 mmHg, N: 76X/menit

Suhu : 36,7⁰c , Spo²: 96%, RR: 18x/menit,

Berat Badan : 55 Kg

Tinggi Badan : 159 Cm

Indeks Masa Tubuh : 21,76 (berat badan normal)

3) Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Aukultasi)

Kepala

Inspeksi: Bentuk kepala normohepal, tampak bersih, rambut berwarna putih (uban) sedikit teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi

Palpasi: Nyeri tekanan tidak ada, bengkak tidak ada

Mata

Inspeksi: Kedua mata simetris kanan dan kiri, sclera warna putih, Tidak ada kelainan penglihatan, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflex pupil terhadap cahaya baik dan tidak ada penggunaan alat bantu penglihatan

Palpasi: Nyeri tekan tidak ada

Telinga

Inspeksi: Bentuk simetris tidak ada serumen, mastoiditis (-) tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

Hidung

Inspeksi: Bentuk hidung normal, polip (-), septum deviasi (-) hidung tersumbat (-), tidak ada napas cuping hidung

Palpasi: Nyeri tekanan (-), trauma (-)

Mulut

Inspeksi: Gigi tidak lengkap lagi, labiosis (-), tonsil (-), astomatis (-), gusi bengkak (-), mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo)

Palpasi: Nyeri tekan (-)

Leher

Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak ada trauma cervical, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening (-)

Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekanan

Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan

Jantung

Pada pemeriksaan jantung normal

Abdomen

Inspeksi: Perut normal, supel

Palpasi: Nyeri tekan (-), hati limpa tidak teraba

Perkusi: -

Auskultasi: Tympani peristaltic (+), frekuensi: 5-24x/menit

Ekstremitas Atas

Inspeksi: Odem (-), jejas (-), deformatis (-), terpasang stopper di tangan sebelah kiri

Palpasi: Akral hangat (-), turgor kulit elastis, Capillary refill time (CRT)

3 detik, pasien mengatakan tidak ada nyeri tekanan pada

Ekstremitas Atas Kiri/Kanan Maupun Ekstremitas Bawah

Perkusi: Refleks patella (+)

h. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2.1. Hasil Pemeriksaan LAB (tanggal 20 Mei 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
CHOLESTEROL	240	mg/dl	<200
HDL-CHOLESTEROL	19	mg/dl	>45
Trigliserida	101	mg/dl	<150

2) Pemeriksaan Darah

Tabel 2.2. Hasil Pemeriksaan LAB (Tanggal 21 Mei 2025)

Result	Flass	Unit	Expected
WBC	12.89	[$10^3/uL$]	(380-10.60)
RBC	4.81	[$10^3/uL$]	(4.40-5.90)
HGB	14.1	[G/dL]	(13.2-17.3)
HCT	41.8	[%]	(40.0-52.0)
MCV	86.9	[FL]	(80.0-100.0)
MCH	29.3	[pg]	(260-34.0)
MCHC	33.7	[g/dL]	(32.0-54.0)
PLT	229	[$10^3/UL$]	(150-450)
RDW	11.7	[%]	(11.5-14.5)
MPV	10.3	[FL]	(9.0-13.0)
NEUT%	87.2	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%	8.9-	[%]	(25.0-40.00)
NEUT#	12,23+	[$10^3/uL$]	(1.50-7.00)

i. Penatalaksanaan/Pengobatan

NO.	NAMA OBAT	INDIKASI	KONTRAINDIKASI
1	Paracetamol 3x1gr	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue dan ISK	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat
2	Catopril 3x25mg	Digunakan untuk menurunkan tekanan darah baik sebagai terapi tunggal maupun kombinasi	Termasuk alergi terhadap obat golongan ACE inhibitor lainnya
3	Omeprazol 40mg	Obat ini di indikasikan untuk tukak lambung dan tukak deodenum	Alergi terhadap ome atau kategori obat penghambat pompaprotein lainnya, wanita hamil atau menyusui
4	Sucralfate 3xmg	Untuk mengurangi iritasi dan mempercepat penyembuhan dinding	Karena sucralfate bekerja seperti gel kental yang dapat memperlambat motilitas usus

		lambung	
5	Asam Tranexamanida 3x500 mg	Untuk epistaksis dan hematuria (Darah dalam urin)	Dapat menyebabkan pembentukan bekuan yang menyumbat ureter
6	Mecobalin 500mg/IV	Seperti nyeri saraf, kesemutan, mati rasa akibat diabetes atau trauma	Reaksi dapat berupa ruam, gatal, atau reaksi alergi berat (jarang)

a. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah ,pusing disertai leher terasa tegang, tekanan darah 148/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, suhu: 36,7^{0C}, Spo²: 96%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara tidak jelas (bicara pelo), terpasang stopper pada tangan kiri, keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur pada malam hari dan suka terbangun pada malam hari. P: Nyeri di rasakan karena tekanan darah meningkat. Q: Nyeri seperti tertusuk tusuk. R: Daerah tengkuk. S: Skala nyeri 6. T: Nyeri di rasakan 2-3 menit pada malam hari,Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.

b. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi data kemudian diklasifikasikan ke dalam dua bagian yaitu:

Data Subjektif: Pasien mengatakan lemah, pusing, leher terasa tegang,keluarga pasien mengatakan pasien merasa kesulitan tidur dan suka terbangun pada malam hari.

Data Obyektif: Tekanan darah 148/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu 36,7^{0C}, Spo²: 96%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada

bagian tangan kiri. P: Nyeri yang di rasakan karena tekanan darah yang meningkat. Q: Nyeri seperti tertusuk-tusuk. R: Daerah tengkuk. S: Skala nyeri 6. T: Nyeri dirasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.

c. Analisa Data

No	Sign And Sympton	Etiologi	Problem
1	DS: Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat, nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri di rasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah, tekanan darah 148/100mmHg Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2: 96%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan Cholesterol total 240mg/Dl	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
2	DS: Pasien mengatakan merasa pusing dan leher tegang DO: Tekanan darah 148/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2: 96%, RR: 18x/menit, pemeriksaan Cholesterol 240mg/dl	Penurunan kinerja ventrikel kiri	Resiko perfusi jaringan serebal tidak efektif
3	DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya, keluarga pasien juga memberikan makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah: 148/100mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2: 96%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan Cholesterol 240mg/Dl	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
4	DS: Keluarga Pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur DO: Pasien tampak menguap, mata panda ,Tekanan darah:	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

148/100mmHg,	Nadi:
76x/menit, Suhu: 36,7°C,	Spo2:
96%, RR: 18x/menit, pada	
pemeriksaan	Cholesterol
240mg/dl	

3. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S. D berikut adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang

DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.

- b. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan :

DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO: Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/DL

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi

DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL

- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan :

DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur

DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nad: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.

4. Perencanaan Keperawatan

Sebelum dibuatkan rencana keperawatan terhadap masalah yang ditemukan, masalah tersebut disusun dalam bentuk prioritas masalah yang terlebih dahulu ditangani. Adapun urutan prioritas masalah mengacu pada tingkatan, prioritas utama yaitu mengancam kehidupan, prioritas kedua mengancam kesehatan. Prioritas ketiga dan seterusnya yang mengganggu proses pertumbuhan dan perkembangan.

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Tampak meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Sikap proktaktif menurun (5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi: Manajemen Nyeri

Observasi

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

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan.

- b) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan

Terapeutik

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

Rasional: Terapi non-farmakologis melalui peningkatan endorfin, transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun

sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri

d) Fasilitas istirahat dan tidur

Rasional: Dengan difasilitasi istirahat dan tidur membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit

Edukasi

e) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

Rasional: Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan.

f) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: Dengan diajarkan strategi meredakan nyeri pasien mampu meredakan nyeri secara mandiri

g) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

Rasional: Ketika nyeri yang dirasakan mulai parah pasien dapat memberi tahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan cepat

Kolaborasi

h) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Tekanan intra kranial menurun (5)
- 2) Sakit kepala menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5)
- 5) Kesadaran membaik (5)

Intervensi: Manajemen peningkatan tekanan intracranial

Observasi

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

Rasional : Untuk mengetahui peningkatan TIK

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

Rasional: Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK

- c) Monitor intake dan output cairan

Rasional: Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik

Terapeutik

- d) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

Rasional: Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial

- e) Berikan posisi semi fowler

Rasional: Memberikan posisi nyaman bagi klien

- f) Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional: Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal

Kolaborasi

- g) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

Rasional: Sebagai terapi kolaborasi pemberian diuretik osmosis

- h) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Rasional: Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan.

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan masalah tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pertanyaan tentang masalah menurun (5)
- 2) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)

Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dari kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Terapeutik

- c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d) Berikan kesempatan untuk bertanya.

Edukasi

- e) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
 - f) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - g) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah pola tidur membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur meningkat (5)
- 2) Keluhan tidak puasa tidur meningkat (5)
- 3) Keluhan pola tidur berubah meningkat (5)
- 4) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)

Observasi

- a) Identifikasi factor pengganggu tidur
- b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

Terapeutik

- c) Modifikasi lingkungan
- d) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
- e) Tetapkan jadwal tidur rutin
- f) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Edukasi

- g) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- h) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- i) Ajarkan factor-factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Rabu, 21 Mei 2025

Diagnosa Keperawatan I

Jam 14:20 identifikasi lokasi, karakteristik nyeri: pasien merasakan nyeri dibagian belakang leher. Skala nyeri yang dirasakan: nyeri yang dirasakan pasien sedang skala nyeri 6.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 14.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan intra kranial) : TD 150/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang.

Jam 14. 40 Memonitor tanda-tanda vital TD 160/90 mmHg, Nadi :

76x/menit, Suhu: 36,5°C, RR:18x/menit, SPO2: 95%, MAP (*Mean Arteri Pressure*): .113,3 mmHg Jam 08.05 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/IV, Jam 15.00 Memberikan posisi *head up* 30°. Mempertahankan suhu tubuh pada pasien: suhu tubuh pada pasien normal dengan suhu 36,8°C, dengan menyuruh pasien untuk tetap rileks. Jam 15.20 menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat Captopril 3x25 mg/oral.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 16.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 16.20 Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi: setelah diberikan penjelasan pasien mampu mengulang kembali tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga. Jam 16.25 Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan: pasien berjanji bahwa selalu mengontrol kesehatan dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan. Jam 16.30 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya: pasien dan keluarga tampak menanyakan makanan apa yang harus dihindari dalam penanganan hipertensi.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 16:40 identifikasi factor pengganggu tidur: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Modifikasi lingkungan: menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur: meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur.

Pada hari Kamis, 22 Mei 2025

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:30 jelaskan strategi meredakan nyeri: dengan menjelaskan kepada keluarga pasien jika nyeri untuk melakukan tarik nafas dalam.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.40 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: TD 170/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. 08.05 Memonitor tanda-tanda vital: TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96% MAP 123 mmHg. Jam 08.15 Melayani pasien injeksi obat Mecobalamin 500 mg/iv, Citicolin 2x500 mg/IV, Jam 08.20 Mengingatkan kembali keluarga dan pasien untuk selalu memberikan posisi tidur dengan posisi nyaman

Diagnosa Keperawatan III

Jam 09.20 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.30 Menjelaskan kembali kepada pasien tentang hipertensi, faktor resiko yang

dapat mempengaruhi hipertensi serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup: setelah diberikan penjelasan pasien masih mengingat dan mampu mengulang kembali tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 10: 00 tetapkan jadwal tidur rutin: menjaga pola tidur agar tidak berantakan. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan: mengatur posisi pasien dengan nyaman 10:20 menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit: jika tidur dan beristirahat yang cukup penting selama sakit karena menjadi bagian penting dalam penyakit

Pada hari jumat, 23 mei 2025

Diagnosa Keperawatan I

Jam 07:00 kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri: memberikan obat paracetamol kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. Jam 07:30 memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil: klien tertidur dengan pulas. 07:45 menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri hasil: klien mengikuti anjuran.

Diagnosa Keperawatan II

Jam 07:50 memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: Tekanan darah: 140/80 mmHg Suhu: 37°C Spo2 : 98%. Menjelaskan efek tentang melakukan aktivitas ketika terjadi peningkatan tekanan darah.

Diagnosa Keperawatan III

Jam 08: 00 mengidentifikasi kemampuan dan kesiapan dalam menerima Informasi: pasien dan keluarga siap menerima informasi dengan mengulang apa yang di ajarkan oleh perawat tentang Hipertensi. Jam 09:00 ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat: dengan menjelaskan kepada pasien pentingnya untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat yang dapat menambah minat/motivasi dalam keluarga.

Diagnosa Keperawatan IV

Jam 10:00 jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit: menjelaskan kepada pasien agar pentingnya tidur cukup selama sakit itu penting bagi kesehatan dan membangun rasa tidur yang cukup untuk pasien.

6. Evaluasi Keperawatan

- a. Hari Rabu Pada tanggal 21 Mei 2025 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut:

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien mengatakan merasa sakit dibagian lehernya dengan skala nyeri 6

DO : Pasien tampak Meringis

A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,1,2,3,4

Diagnosa Keperawatan II

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : TD 150/60 mmHg Suhu: 36 C Nadi: 76x/menit SPO2: 95% RR:
20x/menit

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.1,2,3,4

Diagnosa Keperawatan III

DS : Keluarga pasien dan pasien mengatakan sudah memahami
hipertensi serta mengkonsumsi obat secara teratur.

DO : Keluarga pasien mampu menjelaskan ulang tentang hipertensi
serta memahami penggunaan obat hipertensi

A : Masalah Defisit Pengetahuan belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,1,2,3,4

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah
malam, karena merasa sakit dilehernya

DO : Pasien

A : Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan, 1,2,3,4

- b. Pada hari Kamis tanggal 22 Mei 2025 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien mengatakan nyeri

DO : Nyeri yang dirasakan di leher, nyeri sepeerti ditusuk-tusuk

A : Masalah Nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,2,3,4

Diagnosa Keperawatan II

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : Tampak kesadaran composmentis, GCS 15 TD : 140/100 Suhu :

37,3 C RR : 80X/Menit SPO2 : 96%

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,2,3,4,

Diagnosa Keperawatan III

DS : Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

DO : Keluarga pasien mampu menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin, makananan bersantan dan juga mengonsumsi kopi

A : Masalah Defiisit Pengetahuan sebagian tertasi

P : Intervensi dilanjutkan,2,3,4

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari

DO : Keadaman umum baik, kesadaran compoosmentis, klien tampak
lelah, klien menguap

A : Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,2,3,4

- c. Pada tanggal 23 Mei 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan:

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien mengatakan nyeri di kepala bagian leher saat ditekuk
sudah mulai berkurang

DO : Keadaan umum baik, kesadaran composmentis,nyeri yang
dirasakan ringan

A : Masalah Nyeri Akut sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan,3,4,5

Diagnosa keperawatan II

DS : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah mulai
berkurang

DO : Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1
0C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks.

A : Masalah Gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian
tertasi

P : Intervensi dilanjutkan.3,4,5

Diagnosa Keperawatan III

DS : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

DO : Pasien mampu menjelaskan tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi.

A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan, 3, 4, 5

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari lagi

DO : Keadaan umum baik. Pasien tampak lebih segar, konjungtiva tidak anemis

A : Masalah Gangguan Pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan 3, 4, 5

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat ada tidaknya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn I.R di Ruang Penyakit Dalam VIP.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn I.R ditemukan pasien merasa lemah pusing leher tegang, penglihatan kabur dan bicara pello, tekanan darah 148/100 mmHg. Menurut Kemenkes RI, 2019 menyatakan

bahwa penyakit hipertensi menunjukkan gejala seperti: sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, rasa sesak di dada, mudah lelah, penglihatan kabur, serta tekanan darah meningkat $\geq 140/90$ mmHg.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Tn I. R keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, rasa sesak di dada. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena selama perawatan sejak tanggal 21-23 Mei 2025 pasien sudah rutin mengonsumsi obat Captopril 3x25 mg/oral dan Amlodipin 1x10 mg/oral dimana kerja Captopril adalah salah satu obat yang masuk ke dalam golongan ACE (Angiotensin Converting Enzyme) inhibitor. ACE inhibitor adalah obat yang bekerja dengan mencegah produksi angiotensin di tubuh, sehingga pembuluh darah dapat kembali rileks dan melebar. Mekanisme inilah yang akan membuat tekanan darah turun. Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk keluhan seperti kebiasaan merokok, mengonsumsi makanan berlemak dan asin, serta rutin berolahraga, mengontrol kesehatan dan mengonsumsi obat secara teratur.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn I. R adalah Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif, Defisit Pengetahuan, Gangguan pola tidur, Nyeri Akut. Sedangkan diagnosa yang ada pada teori

tetapi tidak ada pada kasus yaitu intoleransi Aktivitas, penurunan curah jantung, Hipervolemia.

Ada perbedaan antara diagnosa pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dimana pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah hipervolemia hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami edema pada ekstermitas. Selain itu pada kasus Tn. I. R tidak terdapat penurunan curah jantung hal ini dikarenakan pasien tidak dilakukan pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) sehingga tidak ada data objektif gambaran EKG aritmia atau gangguan konduksi yang merupakan data pendukung diangkatnya masalah penurunan curah jantung yang bersifat aktual.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Aziza, 2019) yang menegakkan diagnosa resiko perfusi serebral, gangguan pola tidur, dan nyeri akut. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian (Susanti, 2020) dan penelitian (Arissandi, ddkk 2019) yang menegakkan diagnosa gangguan pola tidur

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada Tn. I. R yaitu, pada diagnosa Resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu: Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, (mis: tekanan darah, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), monitor MAP beberapa intervensi yang tidak dilakukan tetapi ada diteori adalah:

Untuk masalah keperawatan Defisit pengetahuan semua intervensi dilaksanakan sesuai dengan teori yaitu: identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor yang meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Begitupun dengan diagnosa Gangguan pola tidur semua intervensi dilakukan dengan semua teori yaitu: identifikasi factor pengganggu tidur. Modifikasi lingkungan. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur,

Selain itu semua intervensi pada diagnosa Nyeri akut juga dilakukan sesuai dengan teori yaitu: identifikasi lokasi, karakteristik nyeri. Skala nyeri yang dirasakan, berikan teknik non farmakologis yaitu, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, fasilitasi istirahat dan tidur, dengan istirahat dan tidur dapat mengurangi rasa nyeri pada pasien. Perencanaan dibuat berdasarkan Intervensi yang telah direncanakan pada diagnosa keperawatan dapat di implementasikan baik secara mandiri maupun kolaborasi intervensi yang diberikan bersifat kolaborasi pemberian analgetik dikarenakan nyeri yang dialami oleh pasien sudah masuk ke tahap nyeri sedang dengan skala nyeri 6 sehingga peneliti berkolaborasi untuk berinisiatif melakukan pemberian analgetik, hal ini sejalan dengan hasil penelitian (Wahyuni, 2020) bahwa penatalaksanaan pemberian kolaborasi Captopril 3x25 mg.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan. Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan perencanaan pada Diagnosa I Nyeri akut yaitu: identifikasi lokasi karakteristik nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Fasilitasi istirahat dan tidur kepada pasien, dengan fasilitasi istirahat dan tidur dapat mengurangi rasa sakit pada pasien, menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri

Diagnosa II Resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu: Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, Memonitor tanda-tanda vital, memberikan posisi semi fowler, melayani pasien injeksi obat, Memberikan posisi head up 30°.

Diagnosa III Defisit pengetahuan yaitu: Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi, Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan, mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, dengan menjelaskan kepada keluarga pasien pentingnya untuk meningkatkan pola hidup sehat sehari-hari.

Diagnosa IV Gangguan Pola Tidur yaitu: identifikasi faktor pengganggu tidur, identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur, modifikasi lingkungan, fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahapam terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari di dapatkan bahwa Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang, TD 140/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 0C, RR : 18x/menit, SPO2 96%, MAP 123 mmHg, diagnosa Defisit pengetahuan teratasi sebagian dengan hasil mampu menjelaskan hipertensi serta menyebutkan 3 dari 6 faktor resiko hipertensi, diagnosa resiko cedera teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur dan untuk berpindah atau ke kamar mandi dibantu oleh keluarga. Gangguan pola tidur teratasi Sebagian pasien dapat tidur dengan nyenyak dengan meningkatkan lingkungan yang nyaman dan makan, minuman yang mengganggu tidur.

Pada evaluasi hari ke 3 Nyeri akut teratasi sebagian penelitian ini sejalan dengan penelitian (Edo, dkk 2020).

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien Tn. I.R. dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang penyakit dalam VIP pada tanggal 21 Mei-23 Mei 2025 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Pada pengkajian ditemukan pasien merasa pusing leher tegang, penglihatan kabur, lemah dan bicara pello. Klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm ditangan sebelah kiri. Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/100 mmHg, Nadi : 76x/m, suhu: 36,°C, SpO2 : 95%. RR : 18 x/m. BB : 55 TB : 159 IMT: 21,76 (berat badan normal)
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn I. R adalah resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, defisit pengetahuan, gangguan pola tidur, dan nyeri Akut.
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.
4. Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018)

5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang tertatasi Sebagian
6. Ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang di temukan pada Pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan.

B. Saran

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merekomendasikan beberapa hal berupa saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan hipertensi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana praktek, perpustakaan dengan buku referensi minimal 5 tahun terakhir dan praktek laboratorium yang efektif untuk menambah skill mahasiswa.

3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan selalu meningkatkan gaya hidup yang sehat dan teratur serta mematuhi segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan untuk mencegah komplikasi dari hipertensi

DAFTAR PUSTAKA

- Aan, N., Ristina, M., & Anna, A. (2017). Strategi pencegahan hipertensi. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 1(3), 174–178. [Jurnal.unpad.ac.id/pkm/article/view/16389/7969](http://jurnal.unpad.ac.id/pkm/article/view/16389/7969).
- Arissandi, D., Setiawan, C. T., & Wiludjeng, R. (2019). Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipertensi Lansia Di Desa Sei Kapitan Kabupaten Kota Waringin Barat (Studi Di Desa Sei Kapitan Kotawaringin Barat). *Hubungan Gangguan Pola Tidur Dengan Hipertensi Lansia Di Desa Sei Kapitan Kabupaten Kota Waringin Barat*, 3(2), 82-88.
- Aziza, N. (2019). *Pengelolaan Ketiak efektifan Perfusi Jaringan Otak Pada Ny. S Dengan Hipertensi Di Ruang Bougenvile RSUD Ungaran* (Doctoral dissertation, Universitas Ngudi Waluyo).
- Chandra. (2016). *Dampak dari penyakit Hipertensi*. Poltekkes-Denpasar.
- Hariawan, H., & Tatisina, C. M. (2020). Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sasambo*, 1(2), 75. <https://doi.org/10.32807/jpms.v1i2.478>
- Hartati, Y. (2018). Pengaruh Brisk Walking Exercise Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi di Puskesmas Andalas Kota Padang. *Keperawatan*, 2(02), 1–10. <http://scholar.unand.ac.id/22316/> <https://doi.org/10.55606/jurrikes.v1i1.187>
- Hidayat R., & Agenesia Y. (2021). Faktor resiko hipertensi Pulau Jambu Masyarakat di Pualau Jambu UPTD BLUD Kecamatan Kuok Kabupaten Kampar.
- Jeklin, A. (2021). Hubungan tingkat pengetahuan tentang hipertensi dengan perilaku pencegahan terjadinya hipertensi pada jemaah haji. July. 1-23. *Jurnal Ners*. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php.nres>
- Kemkes. (2019). *Hipertensi , Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah – Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. (2019). Hari Hipertensi Dunia 2019: “Know Your Number, Kendalikan Tekanan Darahmu dengan CERDIK”. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (pp.1-10). <http://p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/dki-jakarta/hari-hipertensi-dunia-2019-know-your-number-kendalikan-tekanan-darahmu-dengan-cerdik>.
- Manurung, S. (2011). *Keperawatan Professional*. Jakarta : Trans Info Media
- Maring, F. N. A., Purnawan, S., & Ndun, H. J. N. (2022). Faktor Resiko Kejadian Hipeertensi Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Naibonat. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 1 (1), 19-26

- Martin, F. E., Fitria, R. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien dengan Nyeri Akut pada Hipertensi di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta Timur. Jurnal Persada Husada Indonesia. 7 (24).
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. J Majority, 4(5), 10-19
- Profil RSUD Ende (2024). Di ambil pada tanggal 16 november 2024 Riset Kesehatan Dasar (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Riset kesehatan dasar (2018). Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan 2019.
- Sari, N. P. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi yang di Rawat di Rumah Sakit. In Journal of Chemical Information and Modeling (Vol. 53, Issue 9). [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1069/1/KTI%20Novia%20Puspita%20Sari.pdf) Novia Puspita Sari.pdf.
- Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia DPP PPNI, edisi 1 cetakan III (Revisi) 2018, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia DPP PPNI, edisi 1 cetakan II 2018, Jakarta: Dewan Pengurus Pusat
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia DPP PPNI, edisi 1 cetakan III 2022, Jakarta: Dewan pengurus Pusat
- Susanti, S.,& Rasima, R. (2020) hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada penderita hipertensi di UPT puskesmas cot seumeureung kecamatan samatiga kabupaten aceh barat tahun 2019. Jurnal serambi akademica, 8(3), 387-396.
- Wahyuni, T. S., Syamsudin, S., & Nurhayati, L. (2020). Penerapan Senam Ergonomik Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Ny. M Dengan Hipertensi. Jurnal Keperawatan Karya Bhakti, 6(1), 25-34.
- WHO, “ Hypertension,” World Health Organization,2019.

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSENT

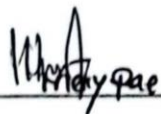
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Saharani Putri Aprilia, Dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Hipertensi Di Ruangan Penyakit Dalam 1 2 (VIP) 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, 22 Mei 2025

Saksi



Yang Memberi Persetujuan


Johaner Lenon F. Rao

Peneliti



Saharani putri Aprilia

NIM.P05303202220026

LAMPIRAN 2

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. I. R dengan Diagnosa Medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I Dan II RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam I Dan II RSUD Ende. yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Hipertensi. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/i peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/i mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081321230154.

Ende, 30 Juni 2025

Saharani Putri Aprilia
PO.5303202220026

LAMPIRAN 3



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

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



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. I.R
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Mei 2025

I. Pengkajian

1. Pengumpulan data

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama	: Tn. I. R
Umur	: 70 tahun
Agama	: Katolik
Jenis kelamin	: Laki-laki
Status	: Menikah
Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: Pensiunan
Suku bangsa	: Lio
Alamat	: Wolowaru
Tanggal masuk	: 20 Mei 2025
Tanggal pengkajian	: 21 Mei 2025

No. Register : 161485

Diagnosa medis : Hipertensi

b. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. M. R

Umur : 36 Tahun

Hub. Dengan pasien : Anak kandung

Pekerjaan : IRT

Alamat : Wolowaru

2. Status kesehatan

a. Kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan pusing, leher tegang, merasa lemah.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala sejak satu minggu terakhir, rasa sakit di rasakan di bagian belakang kepala, sakit yang di rasakan berlangsung selama 3 menit, rasa sakit di rasakan ketika tidur di malam hari, pasien juga merasa lemah dan pengelihatian kabur saat berdiri terlalu lama.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan saat ingin memberi makan hewan peliharaan pasien merasa pusing dan jatuh terpeleset hingga pingsan dan pasien sempat tidak sadarkan diri di perjalanan dan di bawah ke rumah sakit ende.

4) Upaya yang di lakukan

Pasien dan keluarga mengataka langsung membawa pasie ke rumah sakit ende karena tidak sadarkan diri

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah di alami

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien pernah mengalami sakit lambung biasa pada tahun 2021

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah di rawat sama sekali

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, makanan maupun minuman.

4) Kebiasaan (Merokok/kopi/alkohol)

Pasien mengatakan merokok dan minum kopi

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yang mempunyai sakit yang sama yaitu ayah dari pasien

d. Diagnosa medis dan therapi yang di dapatkan sebelumnya?

Pasien mengatakan belum pernah mendapatkan terapi pengobatan sebelumnya

e. **Pola kebutuhan dasar**

1. Pola Presepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasein mengatakan apa bila pasien sakit keluarga pasien hanya membeli obat di warung. Saat ini pasien mengatakan bahwa sakit yang di alami pasien bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan

2. Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelum sakit pasien mengonsumsi makanan yang berminyak, berlemak, bersantan dan garam

Saat sakit: Pasien makan 3 kali sehari, porsi makana di habiskan dan tidak mengonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak goreng). Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc) tonus otot baik, BB: 55kg TB: 159 Cm

3. Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, sedangkan BAK 5-6 kali sehari warna kuning berbau khas urine (amoniak) tidak ada keluhan saat BAK

Saat sakit: Pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek tidak ada keluhan saat BAB BAK 5-8 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK

4. Pola Aktivitas Dan Latihan

Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja di kebun dan merawat hewan peliharaan pasien tidak mengalami sesak nafas, tidak nyeri dada semua aktivitas di lakukan secara mandiri

Saat sakit: Pasien harus tirah baring (*bedrest*) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena lemah disertai pusing, leher terasa tegang dan penglihatan kabur

5. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur malam pukul 21.00-05.00 dan tidur siang pukul 13.00-15.30

Saat sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam dari jam 20.00 dan pasien sering kebangun tengah malam karena merasa tegang di belakang lehernya

6. Pola Kognitif Dan Presepsi Sensori

Sebelum sakit: Pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik

Saat sakit: Pasien mengatakan penglihatan kabur dapat mencium aroma dan meraba serta mendegar dengan baik, juga bisa membedakan rasa (pahit/ manis)

7. Pola persepsi dan konsep diri

Sebelum sakit: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi anak-anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya

Saat sakit: Pasien mengatakan harus menjalani perawatan di RPD VIP RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya

8. Pola Peran Hubungan Dengan Sesama

Sebelum sakit: Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga dan orang lain baik-baik saja

Saat sakit: Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik di buktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat

9. Pola Sirkulasi Reproduksi

Tidak di kaji karena menjaga privasi pasien

10. Pola Mekanisme Dan Toleransi Terhadap Stress

Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidak mudah stress/ putus asa jika ada masalah selalu bercerita pada anak-anaknya

Saat sakit: Pasien berharap sembuh dari penyakitnya

11. Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum sakit: Mengatakan pasien beragama katolik dan rajin beribadah ke gereja

Saat sakit: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhan

f. **Pola Neurosensory**

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

S : Daerah tengkuk

T : Nyeri di rasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur

g. **Pemeriksaan Fisik**

1) Keadaan Umum : Lemah

Tingkat kesadaran : Komposmentis (GCS : E: 4 V: 5 M: 6)

2) Tanda-Tanda Vital : TD: 148/100 mmHg, N: 76X/menit

Suhu: 36,7⁰c , Spo²: 96%, RR: 18x/menit,

Berat Badan : 55 Kg

Tinggi Badan : 159 Cm

Indeks Masa Tubuh : 21,76 (berat badan normal)

3) Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Aukultasi)

Kepala

Inspeksi: Bentuk kepala normohepal, tampak bersih, rambut berwarna putih (uban) sedikit teksturnya halus, kulit kepala bersih, tidak ada lesi

Palpasi: Nyeri tekanan tidak ada, bengkak tidak ada

Mata

Inspeksi: Kedua mata simetris kanan dan kiri, sclera warna putih, Tidak ada kelainan penglihatan, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflex pupil terhadap cahaya baik dan tidak ada penggunaan alat bantu penglihatan

Palpasi: Nyeri tekan tidak ada

Telinga

Inspeksi: Bentuk simetris tidak ada serumen, mastoiditis (-) tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan

Hidung

Inspeksi: Bentuk hidung normal, polip (-), septum deviasi (-) hidung tersumbat (-), tidak ada napas cuping hidung

Palpasi: Nyeri tekanan (-), trauma (-)

Mulut

Inspeksi: Gigi tidak lengkap lagi, labiosis (-), tonsil (-), astomatis (-), gusi bengkak (-), mukosa bibir lembab, lidah tidak kotor, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo)

Palpasi: Nyeri tekan (-)

Leher

Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak ada trauma cervical, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening (-)

Dada

Inspeksi: Bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekanan

Auskultasi: Tidak ada suara nafas tambahan

Jantung

Pada pemeriksaan jantung normal

Abdomen

Inspeksi: Perut normal, supel

Palpasi: Nyeri tekan (-), hati limpa tidak teraba

Perkusi: -

Auskultasi: Tympani peristaltic (+), frekuensi: 5-24x/menit

Ekstremitas Atas

Inspeksi: Odem (-), jejas (-), deformatis (-), terpasang stopper di tangan sebelah kiri

Palpasi: Akral hangat (-), turgor kulit elastis, *Capillary refill time* (CRT) 3 detik, pasien mengatakan tidak ada nyeri tekanan pada

Ekstremitas Atas Kiri/Kanan Maupun Ekstremitas Bawah

Perkusi: Refleks patella (+).

h. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2.1. Hasil Pemeriksaan LAB (tanggal 20 Mei 2025)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
CHOLESTEROL	240	mg/dl	<200
HDL-CHOLESTEROL	19	mg/dl	>45
Trigliserida	101	mg/dl	<150

2) Pemeriksaan Darah

Tabel 2.2. Hasil Pemeriksaan LAB (Tanggal 21 Mei 2025)

Result	Flass	Unit	Expected
WBC	12.89	[$10^3/uL$]	(380-10.60)
RBC	4.81	[$10^3/uL$]	(4.40-5.90)
HGB	14.1	[G/dL]	(13.2-17.3)
HCT	41.8	[%]	(40.0-52.0)
MCV	86.9	[FL]	(80.0-100.0)
MCH	29.3	[pg]	(260-34.0)
MCHC	33.7	[g/dL]	(32.0-54.0)
PLT	229	[$10^3/UL$]	(150-450)
RDW	11.7	[%]	(11.5-14.5)
MPV	10.3	[FL]	(9.0-13.0)
NEUT%	87.2	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%	8.9-	[%]	(25.0-40.00)
NEUT#	12,23+	[$10^3/uL$]	(1.50-7.00)

i. Penatalaksanaan/Pengobatan

NO.	NAMA OBAT	INDIKASI	KONTRAINDIKASI
1	Paracetamol 3x1gr	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue dan ISK	Pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas dan penyakit hepar aktif derajat berat
2	Catopril 3x25mg	Digunakan untuk menurunkan tekanan darah baik sebagai terapi tunggal maupun kombinasi	Termasuk alergi terhadap obat golongan ACE inhibitor lainnya
3	Omeprazol 40mg	Obat ini di indikasikan untuk tukak lambung dan tukak deodenum	Alergi terhadap ome atau kategori obat penghambat pompaprotan lainnya, wanita hamil atau menyusui
4	Sucralfate 3xmg	Untuk mengurangi iritasi dan mempercepat penyembuhan dinding lambung	Karena sucralfate bekerja seperti gel kental yang dapat memperlambat motilitas usus

5	Asam Tranexamanida 3x500 mg	Untuk epistaksis dan hematuria (Darah dalam urin)	Dapat menyebabkan pembentukan bekuan yang menyumbat ureter
6	Mecobalin 500mg/IV	Seperti nyeri saraf, kesemutan, mati rasa akibat diabetes atau trauma	Reaksi dapat berupa ruam, gatal, atau reaksi alergi berat (jarang)

2. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah ,pusing disertai leher terasa tegang, tekanan darah 148/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, suhu: 36,7^{0C}, Spo²: 96%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara tidak jelas (bicara pelo), terpasang stopper pada tangan kiri, keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur pada malam hari dan suka terbangun pada malam hari. P: Nyeri di rasakan karena tekanan darah meningkat. Q: Nyeri seperti tertusuk tusuk. R: Daerah tengkuk. S: Skala nyeri 6. T: Nyeri di rasakan 2-3 menit pada malam hari,Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.

3. Analisa Data

4	Sign And Sympton	Etiologi	Problem
1	DS: Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat, nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri di rasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah, tekanan darah 148/100mmHg Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7 ^{0C} , Spo ² : 96%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan Cholesterol total 240mg/Dl	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
2	DS: Pasien mengatakan merasa pusing dan leher tegang DO: Tekanan darah 148/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7 ^{0C} , Spo ² : 96%, RR: 18x/menit, pemeriksaan Cholesterol 240mg/dl	Penurunan kinerja ventrikel kiri	Resiko perfusi jaringan serebal tidak efektif

3	DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya, keluarga pasien juga memberikan makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah: 148/100mmHg, Nadi:76x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2: 96%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan Cholesterol 240mg/Dl	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
4	DS: Keluarga Pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur DO: Pasien tampak menguap, mata panda ,Tekanan darah: 148/100mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,7°C, Spo2: 96%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan Cholesterol 240mg/dl	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

II. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, maka data-data hasil pengkajian dibuat dalam bentuk diagnosa keperawatan, yakni suatu penilaian terhadap respon individu yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang ada. Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. S. D berikut adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan :

DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang

DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.

- b. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan :

DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO: Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL

- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi

DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL

- d. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan :

DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur

DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nad: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.

III. Perencanaan Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Tampak meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Sikap proktetik menurun (5) 5. Kesulitan tidur menurun (5)	Managememn Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis hipnosis, akupresur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi) 4. Fasilitas istirahat dan tidur Edukasi 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberianan	1. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan. 2. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai dengan kondisi nyeri yang dirasakan 3. terapi non-farmakologis melalui peningkatan endorphin, transmisi sinyal antara sel saraf menjadi menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri 4. dengan difasilitasi istirahat dan tidur membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit 5. Setelah pasien mengetahui penyebab nyeri yang dirasakan diharapkan pasien bisa kooperatif dalam perawatan. 6. Dengan diajarkan strategi

					algetik, jika perlu	meredakan nyeri pasien mampu meredakan nyeri secara mandiri 7. Ketika nyeri yang dirasakan mulai parah pasien dapat memberi tahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan cepat 8. Pemberian analgesik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Obat ini bekerja dengan mengurangi peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit
2	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan : DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang DO: Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil: 1. Tekanan intra kranial m) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Nilai rata-rata tekanan	Manajemen Penekanan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola	1. Untuk mengetahui peningkatan TIK 2. Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK 3. Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik 4. Agar klien tidak mengalami depresi dimana bila terjadi depresi maka tekanan darah akan		

	18x/menit, pemeriksaan total 240 mg/DL	pada kolesterol	darah membaik (5) 5. Kesadaran membaik (5)	napas) 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi semi fowler 6. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	naik saat tekanan darah naik maka jantung memompa begitu cepat ke seluruh tubuh dan menekan otak yang menyebabkan tekanan intrakranial 5. Memberikan posisi nyaman bagi klien 6. Suhu tubuh yang normal tidak membuat cara kerja otak menjadi berat dan tubuh akan rileks dengan suhu yang normal 7. Sebagai terapi kolaborasi pemberian diuretik osmosis 8. Sebagai terapi bila mana terjadi permasalahan pada sistem pencernaan.
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan: DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita		Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di harapkan masalah tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pertanyaan tentang masalah menurun (5)	Edukasi kesehatan Terapetuik 1. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 2. Berikan kesempatan untuk bertanya.	1. Dengan adanya kesepakatan jadwal klien lebih siap secara fisik dan mental untuk menerima informasi 2. meningkatkan rasa percaya diri dan keterlibatan klien dalam

oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL	2. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)	Edukasi 3. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	perawatan kesehatanyapenjelasan mengenai faktor resiko membantu klien/keluarga menyadari hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan 3. membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat akan meningkatkan kualitas hidup melalui lingkungan yang lebih sehat 4. Strategi yang jelas dan mudah dilakukan akan meningkatkan motivasi serta partisipasi aktif klien dalam menerapkan PHBS
4 Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan : DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nad:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan masalah gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan tidak puas tidur meningkat (5) 2. Keluhan pola tidur berubah meningkat (5)	Dukungan Tidur Observasi 1. Identifikasi factor pengganggu tidur 2. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik 3. Modifikasi lingkungan 4. Fasilitasi menghilangkan	1. Dengan mengetahui faktor pengganggu, intervensi dapat lebih terarah dan efektif untuk memperbaiki kualitas tidur klien 2. pengetahuan ini memungkinkan klien untuk menghindari konsumsi zat yang

76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.	3. Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)	stress sebelum tidur 5. Tetapkan jadwal tidur rutin 6. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi 7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 8. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 9. Ajarkan factor-factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur.	merangkan sistem saraf sehingga tidur tidur menjadi lebih nyenyak 3. modifikasi lingkungan membantu mengurangi rangsangan yang dapat mengganggu proses tidur, seperti suara bising, cahaya terang, atau ventilasi buruk 4. stress atau kecemasan yang tidak teratasi dapat mengaktifkan sistem saraf simpatis, sehingga mengganggu proses relaksasi dan menyebabkan sulit tidur 5. konsistensi waktu tidur-bangun akan meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur, dibandingkan pola tidur yang tidak teratur 6. peningkatan kenyamanan membuat klien merasa lebih rileks, aman, dan tenang, sehingga lebih mudah memasuki fase
--	---	--	---

-
- tidur
7. istirahat yang adekuat dapat meningkatkan sistem imun, sehingga membantu tubuh melawan infeksi atau penyakit
 8. dengan menghindari konsumsi makanan/minuman tersebut menjelang tidur, klien akan lebih mudah untuk tertidur dan mempertahankan kualitas tidur.
 9. 9. Dengan pengetahuan tersebut, klien dapat lebih mudah mengidentifikasi dan mengurangi faktor risiko yang di alami secara pribadi
-

IV. Implementasi Keperawatan

a. Implementasi hari pertama, Rabu 21 Mei 2025

NO	Diagosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.	Rabu 21 Mei 2025	14.20	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri : pasien merasakan nyeri dibagian belakang leher. Skala nyeri yang dirasakan: nyeri yang dirasakan pasien sedang skala nyeri 6.	DS: Pasien mengatakan merasa sakit dibagian lehernya dengan skala nyeri 6 DO: Pasien tampak Meringis A: Masalah Nyeri Akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan,1,2,3,4
2	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan : DS: Pasien merasa	Rabu 21 Mei 2025	14.30 14. 40	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan intra kranial) : TD 150/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Memonitor tanda-tanda vital TD 160/90 mmHg, Nadi : 76x/menit,	DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang DO: TD 150/60 mmHg Suhu: 36 C Nadi: 76x/menit SPO2: 95% RR: 20x/menit A: Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum

	pusing dan leher tegang DO: Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/D			15.00	Suhu: 36,5°C, RR: 18x/menit, SPO2: 95%, MAP (<i>Mean Arteri Pressure</i>): 113,3 mmHg Jam 08.05 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/IV, Memberikan posisi <i>head up</i> 300. Mempertahankan suhu tubuh pada pasien: suhu tubuh pada pasien normal dengan suhu 36,8°C, dengan menyuruh pasien untuk tetap rileks.	teratasi P: Intervensi dilanjutkan. 1,2,3,4
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan: DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi	Rabu 21 Mei 2025		16.00	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi.	DS: Keluarga pasien dan pasien mengatakan sudah memahami hipertensi serta mengkonsumsi obat secara teratur. DO: Keluarga pasien mampu menjelaskan ulang tentang hipertensi serta memahami penggunaan obat hipertensi A: Masalah Defisit Pengetahuan belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan, 1,2,3,4
				16.20	Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi: setelah diberikan penjelasan pasien mampu	

	makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL		16.25 16.30	mengulang kembali tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga. Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengonsumsi obat yang diberikan: pasien berjanji bahwa selalu mengontrol kesehatan dan rutin mengonsumsi obat yang diberikan. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya: pasien dan keluarga tampak menanyakan makanan apa yang harus dihindari dalam penanganan hipertensi.	
4	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan : DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk	Rabu 21 Mei 2025	16:40	mengidentifikasi factor pengganggu tidur: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Modifikasi lingkungan: menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Fasilitasi menghilangkan	DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam, karena merasa sakit dilehernya DO: Pasien A: Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan, 1,2,3,4

tidur

DO: Tekanan darah
140/100 mmHg, Nad:
76x/menit, Suhu: 36,1°C,
SPO: 95%, RR:
18x/menit, pada
pemeriksaan kolesterol
total 240 mg/dL, Pasien
nampak menguap saat
berbicara, terdapat mata
panda.

stress sebelum tidur: meningkatkan
kenyamanan dan rileks saat tidur.

b. Implementasi hari kedua, Kamis 22 Mei 2025

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.	Kamis 22 Mei 2025	07:30	menjelaskan strategi meredakan nyeri: dengan menjelaskan kepada keluarga pasien jika nyeri untuk melakukan tarik nafas dalam.	DS: Pasien mengatakan nyeri DO: Nyeri yang dirasakan di leher, nyeri sepeerti ditusuk-tusuk A: Masalah Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4
2	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan : DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang DO: Tekanan darah	Kamis 22 Mei 2025	07.40 08.05	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: TD 170/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Memonitor tanda-tanda vital: TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR : 18x/menit, SPO2 96% MAP 123 mmHg.	DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang DO: Tampak kesadaran composmentis, GCS 15 TD : 140/100 Suhu : 37,3 C RR : 80X/Menit SPO2 : 96% A: Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

			140/100mmHg, Nadi76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/D	08.15	Melayani pasien injeksi obat Mecobalamin 500 mg/iv, Citicolin 2x500 mg/IV	P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4,
				08.20	Mengingatkan kembali keluarga dan pasien untuk selalu memberikan posisi tidur dengan posisi nyaman	
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan: DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada	Kamis 22 Mei 2025	09.20	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi	DS: Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi DO: Keluarga pasien mampu menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin, makananan bersantan dan juga mengonsumsi kopi A: Masalah Defiisit Pengetahuan sebagian tertasi P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4	
				09.30	Menjelaskan kembali kepada pasien tentang hipertensi, faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi serta mengonsumsi obat hipertensi seumur hidup: setelah diberikan penjelasan pasien masih mengingat dan mampu mengulang kembali tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga serta mengonsumsi obat hipertensi	

	pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL			seumur hidup.	
4	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan : DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nad: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.	Kamis 22 Mei 2025	10:00 10:20	menetapkan jadwal tidur rutin: menjaga pola tidur agar tidak berantakan. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan: mengatur posisi pasien dengan nyaman Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit: jika tidur dan beristirahat yang cukup penting selama sakit karena menjadi bagian penting dalam penyakit	DS: Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari DO: Keadaman umum baik, kesadaran composmentis, klien tampak lelah, klien menguap A: Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4

V. Catatn Perkembangan (Evaluasi)

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Catatan Perkembangan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang DO: Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.	Jumat 23 Mei 2025	07.00	S: Pasien mengatakan nyeri di kepala bagian leher saat ditekuk sudah mulai berkurang O: Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nyeri yang dirasakan ringan A: Masalah Nyeri Akut sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan, 3,4,5 I : - kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri: memberikan obat paracetamol kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri. - memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil: klien tertidur dengan pulas - menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri hasil: klien mengikuti anjuran. E : Pasien mengatakan nyeri di kepala bagian leher saat ditekuk sudah mulai berkurang, Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nyeri yang dirasakan ringan, Masalah Nyeri Akut sebagian teratasi, intervensi di pertahankan
2	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan penurunan kinerja ventrikel kiri ditandai dengan : DS: Pasien merasa pusing	Jumat 23 Mei 2025	07:50	S: Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah mulai berkurang O: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks. A: Masalah Gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian tertasi

	dan leher tegang DO: Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/D			P: Intervensi dilanjutkan.3,4,5 I : - Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK: Tekanan darah: 140/80 mmHg Suhu: 37°C Spo2 - Menjelaskan efek tentang melakukan aktivitas ketika terjadi peningkatan tekanan darah. E : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah mulai berkurang, Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks, Masalah Gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian tertasi, intervensi di pertahankan
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan: DS: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO2: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL	Jumat 23 Mei 2025	08: 00	S : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi O: Pasien mampu menjelaskan tentang hipertensi serta faktor resiko yan dapat mempengaruhi hipertensi. A: Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan,3,4,5 I; - mengidentifikasi kemampuan dan kesiapan dalam menerima Informasi: pasien dan keluarga siap menerima informasi dengan mengulang apa yang di ajarkan oleh perawat tentang Hipertensi. - ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat: dengan menjelaskan kepada pasien pentingnya untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat yang dapat menambah minat/motivasi dalam keluarga. E : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi, Pasien mampu menjelaskan tentang hipertensi serta faktor resiko yan dapat mempengaruhi hipertensi, Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi, Intervensi di pertahankan.

4	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan : DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nad: 76x/menit, Suhu: 36,1°C, SPO: 95%, RR: 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL, Pasien nampak menguap saat berbicara, terdapat mata panda.	Jumat 23 Mei 2025	10:00	S: Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari lagi O: Keadaan umum baik. Pasien tampak lebih segar, konjungtiva tidak anemis A: Masalah Gangguan Pola tidur sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan 3,,4,5 I : - jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit: menjelaskan kepada pasien agar pentingnya tidur cukup selama sakit itu penting bagi kesehatan dan membangun rasa tidur yang cukup untuk pasien. E : Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari lagi, Keadaan umum baik. Pasien tampak lebih segar, konjungtiva tidak anemis, Masalah Gangguan Pola tidur sebagian teratasi, Intervensi di pertahankan
---	--	-------------------	-------	--

LAMPIRAN 4

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : Saharani Putri Aprilia

Nim : P05303202220026

Dengan ini menyatakan akan mengumpulkan File karya Tulis ilmiah
Saya Sebelum ujian kompetensi. Jika tidak mengumpulkan Sebelum
waktu yang sudah di tetapkan maka saya menerima konsekuensi
yaitu tidak dibenarkan ijazah hingga mengumpulkan File karya tulis ilmiah

Ende, 23 Juli 2025

Yang bertanda

Saharani Putri Aprilia
P05303202220026



LAMPIRAN 5



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 : Saharani Putri Aprilia
Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303202220026
Dosen Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, SST,Ns.,M.Kes
Dosen Penguji : Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep,Ns.,M.Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. I. R**

DENGAN HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM I, II RSUD ENDE

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,66%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 21 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100

LAMPIRAN 6

113

LAMPIRAN 6



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

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL

NAMA : Saharani Putri Aprilia
 NIM : PO53032022200026
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa
 Medis Hipertensi Di Ruangan RPD III RSUD ENDE
 NAMA PENGUJI : Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Senin 03/03/2025	HIPERTENSI	1. Pada latar belakang di bagian paragraph pertama jangan di tuliskan pengertian 2. Data hipertensi di jelaskan 3. Peran perawat dalam menanggulangi masalah hipertensi 4. Pengetikan dan spasi nya di perbaiki	
2	Selasa 04/03/2025	HIPERTENSI	1. Tambahkan peran perawat yang sesuai 2. Daftar pustaka sesuaikan	
3	Kamis 06/03/2025	HIPERTENSI	1. Atur spasi 2. Koreksi kembali pengetikan 3. Perbaiki sesuai arahan	
4	Selasa 11/03/2025	HIPERTENSI	1. Tambahkan format pengkajian 2. Buat lampiran 3. ACC PROPOSAL	



Mengetahui
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

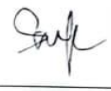
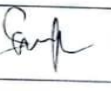


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL

NAMA : Saharani Putri Aprilia
NIM : PO53032022200026
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa
Medis Hipertensi Di Ruangan RPD III RSUD ENDE
NAMA PEMBIMBING : Maria Salestina Sekunda, SST.,Ns.M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Jumad 20/09/2024	HIPERTENSI	- Lengkapi Bab1-3 - Tambahkan data dan masalah tentang hipertensi - Tambahkan data terbesar di NTT dan masukan ke latar belakang - Lengkapi latar belakang dengan baik dan benar - Dalam Latar belakang sesuaikan dengan isi latar belakang menurut panduan dan arahan pembimbing. - Perbaiki dan perhatikan spasi - Perhatikan cara penulisan huruf capital. - Perhatikan tanda titik dan koma. - Gunakan Bahasa Indonesia yang baik dan benar. - Perhatikan penulisan kata depan, keterangan tempat, dll. - Pada bagian rumusan masalah sesuaikan dengan judul bagaimana aturan penulisan rumusan masalah. - Pada bagian tujuan tambahkan dengan prolognya. - Masukan nomor pada setiap halaman.	
2	Senin 25/09/2024	HIPERTENSI	- Atur spasi - Koreksi kembali tulisan - Tambahkan peran perawat atau ketertarikan - Semua pustaka yang digunakan	

			harus ada dan nampak dalam daftar pustaka - Perbaiki cara penulisan daftar pustaka - Perbaiki sesuai arahan dan koreksian lanjut bab II.	
3	Selasa 26/11/2024	HIPERTENSI	- Perbaiki pengetikan - Tambahkan intervensi - Daftar pustakanya di perbaiki dan di lengkapi - Semua tulisan asing dicetak miring - Tambahkan dengan tindakan yang dilakukan perawat pada bagian peran perawat. - Pada bagian pemeriksaan fisik yang ditampilkan cukup pemeriksaan yang spesifik. - Masukan sumber pada diagnose	
4	Kamis 28/11/2024	HIPERTENSI	- Lengkapi etiologi - Lengkapi konsep dasar penyakit - Tambahkan daftar pustaka yang lebih lengkap - Lengkapi lagi intervensi	
5	Senin 09/11/2024	HIPERTENSI	- Perbaiki kata pengantar sertai dengan ucapan terimakasih kepada dosen pembimbing, dan dosen penguji. - Lembar persetujuan dan lembar pengesahan - Gunakan spasi 2 di ketikan - Edit pengetikan - Tambahkan nomor halaman - Pathway tambahkan sumber	
6	Jumat 10/01/2025	HIPERTENSI	- Buat piramida di bagian cover depan - Tambahkan gelar pada nama penguji	



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

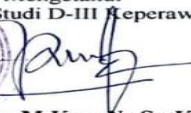


LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Saharani Putri Aprilia
 NIM : PO5303202220026
 Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST., Ns. M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Syaputra Artama Sarifuddin, S.kep, Ns, M. Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senin 26 Mei 2025	BAB IV	1. Tambahkan penyebab makanan bisa terjadinya hipertensi 2. Lengkapi askep	<i>Suf</i>
2	Senin 02 Juni 2025	KTI BAB IV	1. Tambahkan daftar obat yang pernah di konsumsi pasien 2. Lanjutkan askep dan di ketik	<i>Suf</i>
3	Rabu 04 Juni 2025	BAB IV	1. Dibagian pengkajian gambarkan secara umum 2. Perbaiki Riwayat keluhan utama pasien 3. Perbaiki pengetikan 4. Perbaiki rasional	<i>Suf</i>
4	Jumat 06 Juni 2025	BAB IV	1. Buatlah manuskrip 2. Koreksi lagi pengetikan 3. Tambahkan MAP pada pasien dengan hipertensi 4. Tambahkan skala nyeri	<i>Suf</i>
5	Senin 09 Juni 2025	BAB IV	1. Judul di ketik 1 spasi 2. Judul piramida terbalik 3. Perbaiki tanda baca 4. Perhatikan jarak pengetikan 5. Perhatikan tujuan umum dan tujuan khusus 6. Perhatikan pembahasan	<i>Suf</i>
6	Jumat 27 Juni 2025	BAB IV	1. Edit semua pengetikan 2. Acc 3. Buatlah PPT 4. Buatlah abstrak	<i>Suf</i>

7	Rabu 23 Juli 2024	BAB IV	1. Perbaiki daftar isi sampai lampiran 2. Perhatikan Kembali jarak pengetikan	<i>Suf</i>
---	-------------------	--------	--	------------

Mengetahui
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

Maria Salestina Sekunda, M.Kep., Ns, Sp. Kep, Kom
 NIP. 196601141991021001



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



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KTI

Nama : Saharani Putri Aprilia
 NIM : PO5303202220026
 Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST., Ns. M.Kes
 Pembimbing Pendamping : Syaputra Artama Sarifuddin, S.kep, Ns, M. Kep

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis 17 Juli 2025	HIPERTENSI	1. Perbaiki prosedur penelitian 2. Perbaiki abstrak 3. Perbaiki pengetikan	
2	Selasa 22 Juli Mei 2025	HIPERTENSI	1. Tambahkan lampiran 2. Perbaiki kata pengantar untuk pasien	
3	Senin 18 Agustus 2025	HIPERTENSI	ACC KTI	

Mengetahui
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**A. DATA DIRI**

Nama : Saharani putri Aprilia

Tempat/ tanggal lahir : Ende 09 April 2003

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

TK Islam Al-Hikmah : 2008-2009

SD inpres Ende 7 : 2009-2015

SMP negeri 1 Ende : 2015-2018

Madrasah Aliyah negeri Ende : 2018-2021

Program Studi DIII : 2022-2025

Keperawatan Ende

MOTO

“dan bersabarlah kamu, sesungguhnya janji allah adalah benar”

(Q.S Ar-Rum : 60)

“Aku membahayakan nyawa ibuku untuk lahir ke dunia, jadi tdak mungkin aku tidak ada artinya”