

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh : Scholastika Asti Daso dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM (RPD) RSUD ENDE.

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

Ende, 15/06 - 2025

Saksi

Yang memberikan persetujuan



NY. MM



TN. AR

Peneliti



Scholastika Asti Daso
NIM.PO5303202220061

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A.R. Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende. Studi kasus ini berlangsung selama tiga 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 perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 081337859464.

Peneliti



Scholastika Asti Daso
NIM.PO5303202220061



**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 : poltekeskupang@yahoo.com

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A.R DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI
RUANGAN PENYAKIT DALAM III
RSUD ENDE
HARI/TANGGAL : SABTU, 15 JUNI 2025**

I. PENGKAJIAN

A. PENGUMPULAN DATA

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. A.R
Umur : 54 tahun
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Laki-laki
Status : Sudah menikah
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Suku Bangsa : Lio
Alamat : Kelitembu
Tanggal masuk : 15 Juni 2025
Tanggal pengkajian : 15 Juni 2025
No. Register : 16-22-14
Diagnosa Medis : Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y.M
Umur : 49 tahun
Hub. Dengan Pasien : Istri
Pekerjaan : Petani
Alamat : Kelitembu

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada kepala dan leher terasa tegang.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang dirasakan sejak hari sabtu 14 Juni 2025, leher terasa tegang, badan lemah, dan pingsan dirumah pada tanggal 14 Juni 2025 dan dibawa keluarga ke puskesmas Mukusaki. Saat berada di puskesmas pasien masih dalam keadaan pingsan dan tiba-tiba mengalami kejang-kejang selama 15 menit.

- 3) Alasan penyakit masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini
Pasien mengatakan masuk rumah sakit karena dilarikan ke Puskesmas karena nyeri pada kepala yang menyebabkan pasien sampai pingsan dan juga mengalami kejang-kejang sehingga dari Puskesmas melakukan rujukan untuk dibawa ke RSUD Ende.
- 4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
Pasien mengatakan tidak ada upaya apapun yang dilakukan karena pasien baru mengalami hal ini.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

- 1) Penyakit yang pernah dialami
Pasien mengatakan menderita tekanan darah tinggi sejak tahun 2024.
- 2) Pernah dirawat
Pasien mengatakan dirinya tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya namun pasien melakukan pemeriksaan pada kegiatan posyandu lansia.
- 3) Alergi
Pasien mengatakan dirinya tidak ada alergi terhadap makanan, minuman, ataupun terhadap obat-obatan.
- 4) Kebiasaan (merokok/alkohol/kopi dll)
Pasien mengatakan dirinya tidak ada kebiasaan seperti merokok, namun pasien mempunyai kebiasaan yaitu minum kopi sekali sehari dan minum alkohol pada saat ada acara tertentu.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan Ibunya yang mengalami tekanan darah tinggi.

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan dirinya memeriksa ketika kegiatan posyandu lansia dan juga dirinya di diagnosa tekanan darah tinggi, pasien juga mengatakan diberikan obat captopril dan biasanya diminum pada pagi hari dan dianjurkan untuk minum sampai habis tetapi pasien tidak rutin untuk minum obat yang diberikan dan pasien minum lagi ketika pasien mengalami sakit kepala dan tensinya naik.

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

- a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan
Pasien mengatakan jika sakit pasien dan keluarga selalu ke fasilitas kesehatan.
- b. Pola nutrisi-metabolik
 - 1) Sebelum sakit
Pasien mengatakan makan 3x sehari makan nasi dan lauk pauk menghabiskan satu porsi makanan, lauk pauk biasanya disesuaikan karena yang masak anaknya seperti sayur yang ditumis dan juga ada yang berkuah. Pasien mengatakan dirumah juga istri dan anaknya masak menggunakan penyedap rasa seperti masako ataupun ajinomoto. Minum biasanya pasien minum air 8 gelas air ± 2 liter.
 - 2) Saat sakit
Pasien mengatakan ketika makan kadang dirinya merasa mual, makan 3x sehari makan bubur menghabiskan sesuai porsi yang diberikan dari rumah sakit. Pasien minum air 8 gelas/ ± 2 liter.
- c. Pola eliminasi
 - 1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari biasanya pada pagi hari, konsistensi padat warna kuning bau khas feses. BAK pasien mengatakan lancar biasanya BAK ± 5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas urine.

2) Saat sakit

Selama dirawat di RS klien BAB 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan ketika BAB, konsistensi padat, warna kuning bau khas feses. BAK pasien mengatakan tidak ada keluhan, BAK lancar ± 6 kali sehari warna kuning jernih bau khas urine.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

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

Keterangan :

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

2) Latihan

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya melaksanakan aktivitasnya sebagai petani, dan juga kepala keluarga dan semua pekerjaannya dilakukan sendiri tidak dibantu oleh orang lain.

b) Saat sakit

Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga dan perawat terutama eliminasi, berpindah, mandi. Faktor penyebabnya karena nyeri kepala selain itu juga terhambat karena pada tangan kiri pasien terpasang infus RL 20 tpm.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien nampak mengenali istri, anak, keluarga, dan perawat yang datang ke ruangan, penglihatan pasien baik, penciuman, pendengaran, perabaan dan perasa pasien mengatakan baik tidak ada gangguan.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan dirinya seorang suami dan kepala keluarga yang mencari nafkah untuk menghidupi keluarganya.

g. Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit biasanya paling lama tidur malam pukul 24.00 wita dan bangun pukul 05.00 wita, siang tidur ± 1 jam.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit tidurnya lebih cepat sekitar pukul 21.00 wita sudah tidur dan bangun pukul 05.00 wita dan siang juga istirahat sekitar 1 jam.

- h. Pola peran dan hubungan
Pasien mengatakan perannya sebagai suami dan kepala keluarga, hubungannya dengan keluarga dan sesamanya baik.
- i. Pola seksual-reproduksi
 - 1) Sebelum sakit
Pasien mengatakan tidak ada keluhan ataupun gangguan pada reproduksinya.
 - 2) Saat sakit
Pasien mengatakan tidak ada keluhan ataupun gangguan pada reproduksinya.
- j. Pola toleransi stress-koping
Pasien mengatakan jika ada masalah dirinya selalu bercerita kepada istrinya.
- k. Pola nilai-kepercayaan
Pasien mengatakan percaya kepada Tuhan dan selalu berdoa bahwa dirinya bisa sembuh.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : pasien nampak lemah
Tingkat kesadaran : composmentis
GCS : Verbal : 5 (respon verbal spontan), Eye : 4(membuka mata dengan spontan), Motorik : 6(respon motorik mengikuti perintah).
- b. Tanda-tanda vital : tekanan darah : 156/87 mmHg, Nadi : 115x/m, RR 22x/m, Suhu : 36,3°C, SpO₂ 98%.
- c. Berat badan : 72 Kg, tinggi badan : 180 cm, indeks massa tubuh : 22,2 Kg/cm.
- d. Keadaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)
 - Kepala** : Kepala pasien tampak normal, wajah simetris, tidak ada lesi dan massa. Rambut pasien tampak berwarna hitam sedikit beruban.
 - Mata** : bentuk mata simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis, tidak teraba benjolan pada mata dan nyeri, penglihatan baik.
 - Hidung** : hidung bersih tidak ada lendir ada rambut-rambut hidung.
 - Mulut** : mukosa bibir lembab, bibir sedikit pucat, gigi lengkap tidak ada karang gigi ataupun karies gigi, tidak ada gigi berlubang, lidah bersih warna merah muda.
 - Wajah** : tampak wajah pasien memerah
 - Leher** : tidak ada luka benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, kelenjar tiroid, dan vena jugularis tidak ada nyeri tekan.
 - Dada** : inspeksi : dada tampak simetris bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, tidak ada sianosis, frekuensi napas 22x/m. Palpasi : integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda peradangan. Auskultasi ditemukan suara napas vesikuler.
 - Jantung** : inspeksi tidak ada pembesaran vena jugularis, palpasi teraba denyut nadi dengan intensitas sedang. Pada saat auskultasi terdengar suara napas normal S1 dan S2 (Lupdup) pada saat di perkusi terdengar suara redup.
 - Abdomen** : inspeksi bentuk abdomen sedikit membuncit, tidak tampak benjolan, tidak tampak edema, tidak tampak lesi, atau kemerahan, auskultasi : suara peristaltik usus adalah 15x/m dengan suara pelan tidak terdapat nyeri tekan.

Ektremitas terdiri atas dua yaitu : ekstremitas atas, inspeksi tampak terpasang infus RL 20 tetes per menit di tangan kiri, palpasi akral teraba hangat, tidak teraba adanya benjolan atau edema pada tangan kiri dan kanan, CRT<3 detik, kekuatan tonus otot ekstremitas atas kanan dan kiri 5, sedangkan ekstremitas bawah inspeksi tampak tidak ada edema, palpasi tidak teraba adanya benjolan dan edema, kekuatan tonus otot ekstremitas bawah kanan dan kiri 5.

5. Neurologis

a. Pengkajian saraf kranial :

Saraf olfaktori, pasien mengatakan pada indra penciumannya tidak mengalami masalah, dirinya masih bisa mencium bau-bauan yang baik. Saraf optik, pasien mengatakan penglihatannya masih baik tidak ada gangguan. Saraf okulomotor, pasien nampak dapat menggerakkan bola mata, berkedip, mengontrol respon pupil, dan memfokuskan penglihatan pada suatu objek dengan baik. Saraf troklear, nampak pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah serta keluar dan ke dalam. Saraf trigeminal, nampak pasien ketika diberikan sentuhan dibagian wajah. Saraf abduksen, nampak pasien dapat menggerakkan mata keluar, kedalam dan ke samping. Saraf fasialis, pasien mengatakan indra perasanya masih berfungsi dengan baik, pasien nampak dapat tersenyum, tertawa, mengunyah makanan dengan baik. Saraf vestibulocoklear, pasien mengatakan ketika makan tidak ada dorongan dari dalam untuk muntah, pasien nampak tidak sesak napas. Saraf glossofarigeal, pasien mengatakan dirinya mampu menelan dengan baik. Saraf vagus, pasien mengatakan ketika makan tidak ada dorongan dari dalam untuk muntah. Saraf asesoris, pasien nampak dapat menggerakkan kepala, leher, dan bahu. Saraf hipoglossus, pasien nampak dapat berbicara, menelan, dan menggerakkan lidah dengan baik.

b. Keluhan subyektif (nyeri)

Keluhan nyeri : P: Tn. A.R mengatakan ketika bergerak atau berpindah. Q : Tn. A.R mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R : Tn. A.R mengatakan kepala bagian belakang menjalar ke depan. S : Tn. A.R mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap)

Tanggal 15 Juni 2025 (03.50)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan
WBC	16.94+	$[10^3/\mu\text{L}]$	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.34	$[10^3/\mu\text{L}]$	(1.00-3.70)
MONO#	0.56	$[10^3/\mu\text{L}]$	(0.00-0.70)
EO#	0.01	$[10^3/\mu\text{L}]$	(0.00-0.40)
BASO#	0.04	$[10^3/\mu\text{L}]$	(0.00-0.10)

NEUT#	14.99+	[10 ³ /μL]	(1.50-7.00)
LYMPH%	7.9-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	3.3	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.1-	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.2	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	88.5+	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.03	[10 ³ /μL]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	5.15	[10 ⁶ /μL]	(4.40-5.90)
HGB	13.1-	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	37.7-	[%]	(40.0-52.0)
MCV	73.2-	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	25.4-	[pg]	(26.0-34.0)
MCHC	34.7	[g/dL]	(32.0-36.0)
RDW-SD	38.4	[fL]	(37.0-54.0)
RDW-CV	14.3	[%]	(11.5-14.5)
PLT	418	[10 ³ /μL]	(150-450)
MPV	10.3	[fL]	(9.0-13.0)
PCT	0.43+	[%]	(0.17-0.35)
PDW	11.7	[fL]	(99.0-17.0)
P-LCR	27.6	[%]	(13.0-43.0)

- b. Hasil pemeriksaan foto rontgen

Pemeriksaan MSCT Scan Kepala Non Kontras :

Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

Kesimpulan : lacunar infark capsula eksterna sinistra, kalsifikasi glandula pinealis dan plexus choroideus, dan tidak tampak kelainan pada neurocranium dan viscerocranium.

7. Pengobatan

Tabel 4.3 Pelaksanaan Pengobatan

No	Nama obat	Dosis pemberian
1.	Infus RL	20 tpm
2.	Paracetamol	3x1 gram/IV
3.	Omeprazole	2x40 mg
4.	Citicolin	2x50 mg
5.	Amlodipine	1x5 mg
6.	Captopril	3x25 mg
7.	Candesartan cilexetil	1x8 mg
8.	Aspilets	1x100 mg
9.	Mecobalamin	2x50 mg
10.	Nikardipine	5mg/jam

B. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn. A.R maka di gambarkan sebagai berikut : pasien mengatakan nyeri pada kepala, leher terasa tegang, badan lemah, nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, skala nyeri 5, sifat nyeri hilang timbul dan rasanya seperti tertekan, nyeri yang dirasakan ketika bergerak dan berpindah. Pasien nampak lemah, semua aktivitas seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, makan pasien mengatakan tidak ada keluhan, pasien mengatakan di rumah istri dan anaknya masak menggunakan masako dan ajinomoto, pasien juga tidak rutin minum obat tekanan darah tinggi, GCS 15, TTV : tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, CRT<3 detik, terpasang infus RL 20 tpm di tangan sebelah kiri, berat badan 72 Kg, tinggi badan 180 cm, IMT 22,2 Kg/cm, hasil pemeriksaan laboratorium WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7, PLT 418, Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

C. Klasifikasi Data

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada kepala, leher terasa tegang, badan lemah, nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, skala nyeri 5, sifat nyeri hilang timbul dan seperti tertekan, nyeri dirasakan ketika bergerak dan berpindah.

Data objektif : GCS 15, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3 °C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, CRT<3 detik, berat badan 72 Kg, tinggi badan 180 cm, IMT 22,2 Kg/cm, pasien nampak lemah, wajah nampak meringis, nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, nampak terpasang infus RL 20 tpm di tangan sebelah kiri, hasil pemeriksaan laboratorium WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7, PLT 418, Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak.

D. Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds : Nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
Ds: P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit.	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut

Do : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO ₂ 98%, WBC 16.94+, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.		
Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

- 1 Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan data subjektif : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Data objektif : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.
- 2 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan data subjektif : P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit. Data objektif : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂98%, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.
- 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan data subjektif : pasien mengatakan lemah. Data objektif : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.

III. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan : Ds : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.	Luaran utama : perfusi serebral Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi, dengan kriteria hasil : a. Sakit kepala menurun (5) b. Tekanan darah sistolik membaik (5) c. Tekanan darah diastolik membaik (5) Status neurologis a. Frekuensi nadi membaik (5) Mobilitas fisik a. Nyeri menurun (5) b. Kelemahan fisik menurun (5)	Intervensi : manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi a. Monitor tanda dan gejala peningkatan tekanan darah intrakranial (misalnya: tekanan darah meningkat). Terapeutik b. Minimal stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. c. Berikan posisi semifowler.	a. Rasional : memonitoring tekanan darah intrakranial dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab peningkatan intrakranial. b. Rasional : lingkungan yang tenang dapat mengurangi tingkat stres pada pasien dan mengurangi peningkatan tekanan darah pada pasien. c. Rasional : posisi semifowler memudahkan pasien dalam melakukan proses ekspirasi dan respirasi sehingga pasien tidak sesak napas.

2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Ds : P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit. Do : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, WBC 16.94+, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.	Luaran utama : tingkat nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi, dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5) Tekanan darah membaik (5)	Intervensi : manajemen nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri Terapeutik d. Berikan teknik non farmakologi (relaksasi napas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri f. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi g. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi h. Pemberian analgetik	a. Rasional : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri dan manajemennya. b. Rasional : dengan mengetahui skala nyeri pada pasien dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pada pasien. c. Rasional : dengan mengidentifikasi faktor penyebab nyeri perawat dapat mengetahui apa yang menjadi faktor pencetus terjadinya nyeri dan cara menanganinya. d. Rasional : teknik non farmakologi (napas dalam) dapat mengalihkan pasien terhadap nyeri yang dirasakan. e. Rasional : lingkungan yang tenang dapat menciptakan kenyamanan bagi pasien dan mengurangi rasa nyeri. f. Rasional: dengan memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dapat istirahat dengan nyaman dan kualitas tidur pasien dapat tercukupi. g. Rasional : dengan menjelaskan penyebab nyeri, periode, pemicu

				nyeri, dapat mengurangi kecemasan pasien terhadap nyeri yang dirasakan. h. Rasional : dengan memberikan obat analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan.
--	--	--	--	---

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.	Luaran utama : toleransi aktivitas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi, dengan kriteria hasil : a. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat (5) b. Keluhan lelah menurun (5)	Intervensi : manajemen energi Observasi a. Identifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional Edukasi c. Menganjurkan tirah baring d. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap	a. Rasional : dengan mengetahui fungsi tubuh yang mengalami kelemahan perawat dapat mengetahui faktor penyebab kelemahan dapat terjadi. b. Rasional : dengan memonitor kelemahan fisik dan emosional membantu perawat mengetahui kelemahan fisik yang dialami pasien. c. Rasional : tirah baring dapat mengurangi faktor resiko jatuh pada pasien. d. Rasional : dengan melakukan aktivitas secara bertahap perawat dapat mengetahui toleransi aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien.
----	---	---	---	--

III. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

IMPLEMENTASI HARI PERTAMA 15 JUNI 2025					
No	Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan : Ds : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT#	Minggu, 15 Juni 2025	07.15 07.20 07.30 08.00 13.00	1. Mengukur tekanan darah dan tanda vital lainnya, hasil : tekanan darah 156/87 mmHg, suhu 36,3°C, nadi 115x/m, RR 22x/m, SpO₂ 98%. 2. Memberikan posisi semifowler hasil : Tn. A.R mengatakan nyaman dengan posisi setengah duduk yang dianjurkan. 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Tn. A.R nampak terbaring dengan nyaman. 4. Memberikan obat oral captopril 25 mg. 5. Melakukan pemeriksaan tekanan darah pasien dengan hasil 220/180 mmHg dikarenakan pasien mengalami kejang-kejang.	S : Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa sakit, leher terasa tegang. O : tekanan darah 220/180 mmHg. A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi. P : intervensi 1-3 dilanjutkan.

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.	Minggu, 15 Juni 2025	10.15 10.25 10.30	1. mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya merasa lemah dan tidak bertenaga 2. memonitoring kelemahan fisik dan emosional hasil ; Tn. A.R mengalami kelemahan fisik ketika bergerak atau berpindah tempat 3. menganjurkan Tn. A.R untuk berbaring di tempat tidur hasil : Tn. A.R Nampak berbaring di tempat tidur.	S : Tn. A.R mengatakan dirinya masih lemah. O : Tn. A.R nampak terbaring lemah di tempat tidur, semua aktivitas seperti mandi, ke toilet, berpakaian dibantu oleh keluarga. A : masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi. P : intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan.
IMPLEMENTASI HARI KEDUA 16 JUNI 2025					
No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan :	Senin, 16 Juni 2025	07.30 07.35	1. mengukur tekanan darah hasil : 149/83 mmHg, suhu 36,8°C, RR 20 x/m, SpO ₂ 98%. 2. menanyakan keluhan yang dirasakan hasil : Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa nyeri dan berat.	S : Tn. A.R mengatakan kepalanya masih terasa sakit, leher sedikit terasa tegang. O : tekanan darah 149/83 mmHg.

	Ds : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC $16.94 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.		07.40 08.00 11.00	3. menyediakan lingkungan yang tenang hasil : Tn. A.R nampak terbaring dengan nyaman dan tenang. 4. memberikan obat captopril 25 mg. 5. menyediakan lingkungan yang tenang hasil : pasien tampak tertidur.	A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi. P: intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan.
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Ds : P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika	Senin, 16 Juni 2025	08.05	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri terasa di kepala bagian belakang, nyeri terasa	S: Tn. A.R mengatakan masih terasa nyeri di kepala bagian belakang, nyeri terasa seperti ditekan, nyeri terasa selama 1 menitan, skala nyeri 3.

	bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit. Do : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO ₂ 98%, WBC 16.94+, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.		08.15 08.25 09.00 09.30	seperti ditekan, lamanya nyeri sekitar 1 menit, kualitas nyeri ringan. 2. mengidentifikasi skala nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri yang dirasakan 3 nyeri ringan. 3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan nyeri dirasakan secara tiba-tiba ketika bangun tidur ataupun bergerak. 4. menjelaskan periode dan pemicu nyeri hasil : Tn. A.R mengatakan mengerti nyeri yang dirasakan akibat peningkatan tekanan darah pada pembuluh darah otaknya. 5. memberikan obat paracetamol 1 mg/IV.	O: wajah Tn. A.R nampak meringis. A: masalah keperawatan nyeri akut sebagian teratasi. P: intervensi keperawatan 1-3 dilanjutkan.
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian,	Senin, 16 Juni 2025	09.40 09.45	1. mengidentifikasi fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan hasil : Tn. A.R mengatakan dirinya masih merasa sedikit lemah. 2. memonitoring kelemahan fisik dan emosional hasil : Tn. A.R mengalami kelemahan saat bergerak atau berpindah.	S: Tn. A.R mengatakan masih merasa lemah. O: Tn. A.R nampak duduk di tempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal.

	dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.		09.50	3. menganjurkan Tn. A.R untuk berbaring di tempat tidur hasil : Tn. A.R Nampak berbaring di tempat tidur.	A: masalah keperawatan intoleransi aktivitas sebagian teratasi. P: intervensi 1-3 dilanjutkan.
CATATAN PERKEMBANGAN					
No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Catatan perkembangan		
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan : Ds : nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan, leher terasa tegang. Do : Ditemukan lacunar infark di capsula externa sinistra, yaitu jenis stroke kecil yang terjadi di bagian otak tersebut. Tidak ditemukan kelainan	Selasa, 17 Juni 2025	Pukul 14.05 S: Tn. A.R mengatakan kepalanya sudah sedikit berkurang sakitnya, leher sudah tidak terasa tegang. O: wajah Tn. A.R nampak santai dan rileks, tekanan darah 130/68 mmHg, nadi: 69x/m, SpO₂: 96%, RR:20x/m, S:36,7 C. A: masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif tidak terjadi.		

	tulang kepala dan wajah. Tidak ada tanda perdarahan aktif atau pembengkakan jaringan otak, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, WBC 16.94+[10³/μL], NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, HGB 13.1-, HCT 37.7-.		P: intervensi keperawatan dihentikan Tn. A.R dinyatakan pulang oleh dokter. I: memberikan edukasi kepada Tn. A.R dan keluarga untuk mengurangi makanan yang mengandung garam tinggi, yang bersantan atau berminyak, mengurangi penggunaan penyedap rasa, banyak mengonsumsi buah mentimun dan labu untuk dibuat jus atau direbus untuk dimakan yang dapat membantu menurunkan tekanan darah tinggi, dan mengonsumsi obat secara rutin dan kontrol kembali kesehatan setiap bulan ke fasilitas kesehatan. E: Tn. A.R dan keluarga mengatakan akan mengikuti sesuai yang disampaikan.
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Ds : P : pasien mengatakan merasakan nyeri ketika bergerak atau berpindah. Q: pasien mengatakan nyeri seperti tertekan dan hilang timbul. R: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang menjalar ke depan. S: pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 5. T: nyeri dirasakan ketika bergerak atau berpindah dan dirasakan selama 1 menit. Do : wajah pasien nampak meringis, tekanan darah 156/87 mmHg, nadi 115x/m, suhu 36,3°C, RR 22x/m, SpO₂ 98%, WBC 16.94+, NEUT# 14.99+, NEUT% 88.5+, PLT 418.	Selasa, 17 Juni 2025	S: Tn. A.R mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa lagi,. O: wajah Tn. A.R nampak santai dan lebih rileks. A: masalah keperawatan nyeri akut teratasi. P: intervensi keperawatan dihentikan, I: mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan lewat mulut dilakukan sebanyak 3-5 kali untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. E: Tn. A.R dan keluarga sangat antusias mendengarkan dan menjelaskan kembali serta memberikan contoh sesuai yang diperagakan dalam teknik relaksasi napas dalam.

	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan : Ds : pasien mengatakan lemah, semua aktivitas BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga. Do : nampak semua aktivitas pasien seperti mandi, BAB/BAK, berpakaian, dan berpindah tempat dibantu oleh keluarga, HCT 37.7-, MCV 73.2-, MCH 25.4-, MCHC 34.7.	Selasa, 17 Juni 2025	S: Tn. A.R mengatakan dirinya sudah tidak merasa lemah dan sudah merasa lebih baik dari kemarin, aktivitas seperti BAB/BAK, berpakaian dan berpindah tempat sudah bisa dilakukan sendiri. O: Tn. A.R nampak bersemangat duduk di tempat tidur bersama keluarganya, sudah bisa bangun sendiri dari tempat tidur dan sudah bisa sendiri ke toilet tanpa dibantu keluarga. A: masalah keperawatan intoleransi aktivitas teratasi. P: intervensi keperawatan dihentikan. I: meminta kepada Tn A.R dan juga keluarga agar jangan dulu melakukan pekerjaan yang berat di rumah dan harus perbanyak istirahat. E: keluarga mengatakan akan memperhatikan setiap aktivitas Tn. A.R untuk tidak melakukan pekerjaan yang berat di rumah dan perbanyak istirahat.
--	---	-----------------------------	--

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Scholastika Asti Daso

Nim : P05303202220061

Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini Menyatakan bahwa apabila Saya tidak menyelesaikan kewajiban (tugas) Saya sampai dengan Sebelum Ujian, maka untuk sementara Waktu Saya bersedia untuk tidak menerima ijazah Sampai kewajiban (tugas) Saya tersebut diselesaikan.

Surat Pernyataan ini Saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila Saya tidak menepati kewajiban tersebut maka Saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku. Demikian Surat Pernyataan ini Saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 22 Juli 2023

Hormat Saya



Scholastika A. Daso
Nim. P05303202220061



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

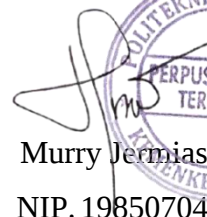
Dengan ini menerangkan bahwa

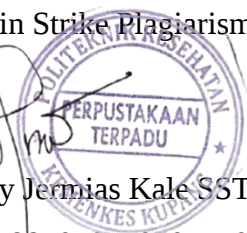
Nama : Scholastika Asti Daso
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220061
Dosen Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S.Kep.Ns.,M.Kep
Dosen Penguji : Rif'atunnisa, S.Kep.Ns.,M.Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Ende
Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A.R
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT
DALAM III RSUD ENDE**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **28,97%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 20 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Jermias Kale SST
NIP. 19850704201012100



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

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Scholastika Asti Daso

NIM : PO5303202220061

NAMA PEMBIMBING : Try Ayu Patmawati, S.Kep., Ns., M.Kep

No.	Hari/tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Senin, 17 Februari 2025	Judul dan Bab I Pendahuluan	1. Isi dari Bab I terkait kasus yang diangkat sudah dimasukkan peran-peran perawat dalam keperawatan sudah ada atau belum. 2. Ada berapa peran perawat yang dimasukkan. 3. Masukkan data dari Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit.	Ay
2.	Kamis, 20 Februari 2025	Bab I Pendahuluan Penyakit Hipertensi	1. Pelaksanaan keperawatan seperti apa pada pasien hipertensi. 2. Penegakkan diagnosa apa saja dari pengkajian sampai evaluasi sesuai dengan pengamatan pribadi.	Ay
3.	Selasa, 25 Februari 2025	Bab I Pendahuluan Penyakit Hipertensi	1. Peran perawat yang tidak terlaksana berdasarkan pengamatan ataupun wawancara. 2. Proses asuhan keperawatan apa saja yang terlaksana sesuai dengan pengamatan dan wawancara. 3. Buat piramida terbalik terkait kasus sesuai data yang didapatkan. 4. Paparkan jumlah kasus	Ay

			berdasarkan sumber yang terbaru.	
4.	Jumad, 28 Februari 2025	Bab I Pendahuluan dan Bab II Tinjauan Teori Penyakit Hipertensi	1. Awal kata pada bab harus menggunakan huruf kapital. 2. Semua jenis huruf harus sama. 3. Ukuran huruf pada gambar atau tabel boleh 10 atau 11. 4. Data subjektif dan data objektif di buku 3S ada tidak dipengkajian. 5. Setiap konsep asuhan keperawatan dicari pengertiannya. 6. Intervensi dan tujuan boleh dari sumber lain dan kriteria hasil boleh lebih. 7. Setiap kata asing diketik miring. 8. Perhatikan spasi pada setiap pengetikan. 9. Pada saat studi kasus baru ditambahkan nama pasien, dan data sekunder ditambahkan dari data tenaga medis. 10. Setiap nama sumber harus ada di daftar pustaka. 11. Lanjutkan ke Bab III.	Ag
5.	Senin, 3 Maret 2025	Bab I Pendahuluan, Bab II Tinjauan Teori dan Bab III Studi Kasus	1. Untuk pengetikan judulnya disambung buat seperti piramida terbalik. 2. Atur lagi pada halaman dan penomoran dan juga hurufnya disesuaikan. 3. Pada surat pernyataan denter, kalau RSUD disingkat selanjutnya disingkat dan disesuaikan. 4. Pada surat pernyataan	Ag

			disesuaikan lagi. 5. Pada nama dosen dan Nip-nya dibuat spasi satu. 6. Pada nama dosen pembimbing masih keliru. 7. Gunakan data dari SKI 2023 untuk data Indonesia dan Provinsi 8. Data dari Dinkes ditulis sumbernya, lalu dibuat kesimpulan dari data yang didapatkan. 9. Pada peran perawat permasalahan yang belum terlaksana pada proses asuhan keperawatan sesuai dengan pengamatan/wawancara. 10. Diklasifikasi buatlah jadi satu tabel untuk satu halaman. 11. Atur lagi pengeditan yang rapi disetiap paragraf. 12. Dianalisa data sesuaikan ada tidak pada pengkajian sampai dengan klasifikasi data. 13. Pada Bab III dilokasi dan waktu diperbaiki lagi.	
6.	Rabu, 5 Maret 2025	Bab I Pendahuluan sampai Bab III Studi Kasus Penyakit Hipertensi	1. Responsif pada konsep dasar asuhan keperawatan 2. Sesuaikan data subjektif dan data objektif ada pada pemeriksaan fisik, pengkajian perpola, pemeriksaan penunjang sehingga mendukung untuk diangkat masalah tersebut.	

7.	Kamis, 6 Maret 2025	Bab I sampai Bab III	1. Acc proposal dan siap PPT untuk ujian. 2. Kontrak waktu dengan penguji untuk ujiannya.	Am
8.	Selasa, 18 Maret 2025	Revisi dari Penguji	1. Halaman cover depan tahu pelaksanaan diganti jadi tahun 2025. 2. Terkait isi Bab I dampak lain dari hipertensi apa saja. 3. Pada rumusan masalah diganti dengan membuat kesimpulan dari latar belakang dengan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. 4. Perbaiki penulisan huruf pada paragraf dan kurangi sitasi kutipan. 5. Cari klasifikasi hipertensi dari WHO yang terbaru. 6. Diatur tabel klasifikasi dengan spasi 1 dan font 11. 7. Perhatikan pengetikan di setiap paragrafnya. 8. Manifestasi klinis juga digambarkan pada patofisiologi. 9. Cantumkan hasil pemeriksaan diagnostik untuk nilai normalnya. 10. Masukkan nama obat juga di penatalaksanaan farmakologi. 11. Tambahkan refrensi lain pada komplikasi hipertensi. 12. Pada pengkajian perpola ditambahkan dan dilengkapi lagi, pemeriksaan head to toe juga.	Am

			13. Sesuaikan lagi untuk data subjektif dan objektif pada setiap diagnosa keperawatan. 14. Sesuaikan sumber jurnal dan buku terbaru, perbaiki penulisan daftar pustaka juga.	
9.	Selasa, 22 April 2025	Revisi dari Penguji	1. Masukkan klasifikasi hipertensi menurut WHO dari website terbaru, dan atur lagi tabel dengan spasi 1 font 11. 2. Penulisan daftar pustaka diperbaiki lagi. 3. Masukkan semua nama penulis pada setiap sumbernya. 4. Keterangan gambar pathway dengan sumbernya. 5. Tambahkan nilai normal pada pemeriksaan diagnostik. 6. Pada patofisiologi sesuaikan lagi dan buat dalam narasi yang sederhana.	Ay
10.	Rabu, 14 Mei 2025	Revisi dari Penguji dan Pembimbing	1. ACC ambil kasus 2. Siapkan dokumen untuk melakukan pengkajian saat studi kasus.	Ay
11.	Senin, 30 Juni 2025	Bab IV Pengkajian	1. Perbaiki penulisan rs Ende menjadi RSUD Ende. 2. Untuk PQRST dipisahkan pengkajiannya. 3. Untuk skala nyeri langsung saja tulis skala nyerinya. 4. Perbaiki lagi untuk bedakan kualitas dan waktu nyeri.	Ay

			5 Analisa data ditambahkan 6 Pemberian analgetik apa saja 7 Untuk data subjektif intoleransi aktivitas ditambahkan keluhan pasien 8 Urutkan dengan diagnosa keperawatan yang diangkat	
12.	Rabu, 02 Juli 2025	Bab IV Pengkajian	1. Dari kajian yang telah dilakukan, dilakukan penataan kembali pengetikan sampai pada evaluasi keperawatan 2. Datang konsul lagi sudah sampai di evaluasi ataupun dipembahasan.	Am
13.	Kamis, 03 Juli 2025	Bab IV Pengkajian dan Pembahasan	1. Untuk pengetikan dalam tabel pemeriksaan diagnostik tidak usah di bold, tulisan tabelnya agak ke tengah. 2. Perbaiki penulisan CRT ≤ 3 menjadi < 3. 3. Bagian implementasi tambahkan pemberian analgetik. 4. Penulisan saturasi oksigen diperbaiki. 5. Hasil pemeriksaan ST Scan dimasukkan di data objektif resiko perfusi serebral tidak efektif. 6. Jelaskan kenapa nyeri kepala terjadi pada hipertensi sesuai dengan sumber. 7. Cari jurnal yang mendukung dengan intervensi yang dilakukan dari tiga diagnosa keperawatan.	Am

14.	Senin, 07 Juli 2025	Bab IV Pembahasan	1. Tambahkan intervensi luaran tambahan pada diagnosa keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif. 2. Masukkan pemeriksaan diagnostik sesuai dengan diagnosa keperawatan yang diangkat. 3. Cari jurnal yang mendukung kenapa bisa diangkat diagnosa keperawatan tersebut. 4. Pada evaluasi diurutkan satu-satu agar mudah dibaca.	Am
15.	Selasa, 08 Juli 2025	Bab IV Pengkajian-Penutup	1. Perbaiki lagi pada pembahasan terkait dengan kelemahan, kenapa kelemahan bisa menyebabkan hipertensi. 2. Perbaiki spasi pada paragraf. 3. Untuk setiap intervensi masukkan pendapat baru didukung dengan penelitian.	Am
16.	Kamis, 10 Juli 2025	Bab IV-V	1. ACC Bab IV dan V, kontrak waktu dengan penguji untuk naik ujian. 2. Susun PPT	Am
17.	Rabu, 20 Juli 2025	Revisi KTI	1 ACC Revisian KTI	Am

Ende, 14 Juli 2025

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende

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

NIP.196601141991021001

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

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Scholastika Asti Daso

NIM : PO5303202220061

NAMA PENGUJI : RiF'atunnisa, S.Kep.Ns.,M.Kep

No	Hari/tanggal	Materi	Rekomendasi	Paraf
1.	Selasa, 18 Maret 2025	Revisian Proposal	1. Halaman cover depan tahu pelaksanaan diganti jadi tahun 2025. 2. Terkait isi Bab I dampak lain dari hipertensi apa saja. 3. Pada rumusan masalah diganti dengan membuat kesimpulan dari latar belakang dengan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien hipertensi. 4. Perbaiki penulisan huruf pada paragraf dan kurangi sitasi kutipan. 5. Cari klasifikasi hipertensi dari WHO yang terbaru. 6. Diatur tabel klasifikasi dengan spasi 1 dan font 11. 7. Perhatikan pengetikan di setiap paragrafnya. 8. Manifestasi klinis juga digambarkan pada patofisiologi. 9. Cantumkan hasil pemeriksaan diagnostik untuk nilai normalnya.	

			10. Masukkan nama obat juga di penatalaksanaan farmakologi. 11. Tambahkan refrensi lain pada komplikasi hipertensi. 12. Pada pengkajian perpola ditambahkan dan dilengkapi lagi, pemeriksaan head to toe juga. 13. Sesuaikan lagi untuk data subjektif dan objektif pada setiap diagnosa keperawatan. 14. Sesuaikan sumber jurnal dan buku terbaru, perbaiki penulisan daftar pustaka juga.	
2.	Selasa, 22 April 2025		1. Masukkan klasifikasi hipertensi menurut WHO dari website terbaru, dan atur lagi tabel dengan spasi 1 font 11. 2. Penulisan daftar pustaka diperbaiki lagi. 3. Masukkan semua nama penulis pada setiap sumbernya. 4. Keterangan gambar pathway dengan sumbernya. 5. Tambahkan nilai normal pada pemeriksaan diagnostik. 6. Pada patofisiologi sesuaikan lagi dan buat dalam narasi yang sederhana.	

3.	Rabu, 14 Mei 2025	Revisian Proposal	1. ACC ambil kasus	Pmuf
4.	Rabu, 30 Juli 2025	Revisi KTI (Pembahasan)	1. Tambahkan riwayat keluhan. 2. Perbaiki penulisan kata sempat tidak usah dimasukkan. 3. Untuk tabel pemeriksaan diagnostik gunakan tabel terbuka. 4. Buat kesimpulan dari hasil pemeriksaan foto rontgen. 5. Pada analisa data hasil WBC menggunakan hasil satuan mikrodasiliter. 6. Untuk diagnosa nyeri akut data subjektif gunakan PQRS. 7. Perbaiki adanya pengurangan kata dalam pengetikan. 8. Pada implementasi keperawatan bisa dimasukkan hasil pemeriksaan tekanan darah ketika pasien mengalami kejang. 9. Untuk pembahasan terkait pengkajian diperbaiki tentang sumbernya. 10. Sesuaikan lagi sistematika penyusunan pada bab IV pembahasan. 11. Apa saja keterbatasan dalam penyusunan KTI dan apa saja implikasinya. 12. Masukkan lampiran yang belum dibuat.	Pmuf

5.	Rabu, 13 Agustus 2025	Revisian KTI	1 Masukkan alamat daftar pustaka yaitu link yang bisa diakses. 2 Atur spasi pada tabel pada lampiran askep spasi 1. 3 Masukkan semua lampiran yang belum dimasukkan. 4 Tambahkan tanggal penelitian pada cover depan dan sampul. 5 Atur lagi penomoran halaman. 6 Tindakan implementasi dimasukkan beberapa pada Bab V Penutup yang spesifik.	Pmmu
6.	Senin, 18 Agustus 2025	Revisian KTI	1 Masukkan implementasi pada pembahasan yang didukung penelitian. 2 Perhatikan lagi daftar pustaka. 3 Tambahkan sumber untuk rekam medis pasien.	Pmmu
7.	Rabu, 20 Agustus 2025	Revisian KTI	ACC Revisian	Pmmu

Ende, 20 Agustus 2025

- Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



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

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1 Data Diri

Nama : Scholastika Asti Daso
Tempat/Tanggal Lahir : Wolowaru, 10 April 2003
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Yohanes Tani
Nama Ibu : Bernadeta Kewa

2 Riwayat Pendidikan

SDK Wolowaru 1 :2011-2017
SMPN 2 Wolowaru :2017-2019
SMAN 1 Wolowaru : 2019-2022
Perguruan Tinggi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang,
Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

*Dan apa saja yang kamu minta dalam Dia dengan penuh
kepercayaan, kamu akan menerimanya lebih dari yang
kamu harapkan*

(Matius 21:22)