

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “NY. W.J”
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI RPD III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

**NUR FITRIANI
NIM.PO5303202210030**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “NY. W.J”
DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI
DI RPD III RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

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



Oleh:

**NUR FITRIANI
NIM. PO.5303202210030**

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

2024

ii

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “NY. W.J” DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

TANGGAL 16-18 AGUSTUS 2024

OLEH:

**NUR FITRIANI
NIM. PO5303202210030**

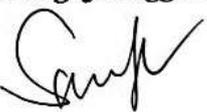
Karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggungjawabkan

Pada Tanggal, 02 September 2024

Penguji Ketua


**Syaputra Artama S. S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 198811102020121002**

Penguji Anggota


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

Disahkan oleh :

**Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**


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

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN “NY.W.J” DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

TANGGAL 16-18 AGUSTUS 2024

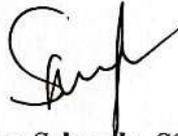
OLEH :

NUR FITRIANI
NIM. PO5303202210035

**Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui Oleh Pembimbing
Untuk Diujikan**

Ende, 29 Agustus 2024

Pembimbing



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

Mengetahui,

**Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



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



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Nur Fitriani

NIM : PO. 5303202210030

Program Studi : Prodi D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien “Ny.W.J” Dengan
Diagnosa Medis Hipertensi Di RPD III RSUD. Ende**

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende, 26 Agustus 2024

Yang Membuat Pernyataan



Nur Fitriani

NIM. PO.5303202210030

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 “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya tulis ilmiah ini disusun dalam rangka sebagai syarat studi untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi D III 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 terimakasih 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. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST., Ns, M.Kes selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.Ns., M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Kedua orang tua, keluarga, dan teman-teman atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
6. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi D III Keperawatan Ende 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 karya tulis ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Ende, 26 Agustus 2024

Penulis



Nur Fitriani

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. W.J DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE

Nur Fitriani⁽¹⁾, Maria Salestina Sekunda⁽²⁾, Syaputra Artama Syarifuddin⁽²⁾
triachapitan21@gmail.com

1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Program Studi DIII Keperawatan Ende

Latar Belakang asuhan keperawatan merupakan salah satu pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dalam proses pemulihan kasus Hipertensi. **Tujuan** studi kasus ini untuk menggambarkan proses asuhan keperawatan pada Ny. W.J dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. **Metode** yang digunakan adalah studi kasus pada satu pasien dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil** pengkajian pada Ny. W.J ditemukan data bahwa pasien mengatakan sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing, penglihatan kabur. Tekanan darah 185/100 mmHg, frekuensi nadi 85x/menit, frekuensi pernapasan 26x/m (*takipneu*), suhu 36,5 C, terpasang oksigen nassal kanul 3 liter/menit, tinggi badan 156 cm, berat badan 53 kg, indeks massa tubuh (IMT) : 22 (normal) dan berat badan ideal 47,6 Kg. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan yaitu risiko perfusi cerebral, pola nafas tidak efektif, gangguan pola tidur, intoleransi aktifitas. Intervensi pada Ny. W.J adalah manajemen pola napas, manajemen peningkatan tekanan intrakranial, dukungan tidur dan manajemen energi. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 16 sampai 18 Agustus 2024. Diperoleh hasil evaluasi bahwa semua masalah keperawatan pada Ny. W.J teratasi sebagian. **Kesimpulan** Setiap gejala penderita hipertensi tergantung dari lamanya seseorang menderita dan kepatuhan dalam pengobatan. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan dengan pola hidup sehat baik secara mandiri maupun secara kolaborasi serta selalu patuh dalam pengobatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Hipertensi
Kepustakaan : 20 Buah (2014-2023)

ABSTRACT

NURSING CARE FOR MRS. W.J PATIENT WITH MEDICAL DIAGNOSIS OF HYPERTENSION AT RPD III ENDE HOSPITAL

Nur Fitriani⁽¹⁾, Maria Salestina Sekunda⁽²⁾, Syaputra Artama Syarifuddin⁽²⁾
triachapitan21@gmail.com

1. Students of the Ende Nursing DIII Study Program
2. Lecturer of the Ende Nursing DIII Study Program

Background Nursing care is one of the implementation of nursing care in accordance with standards in the recovery process of Hypertension cases. The purpose of this case study is to describe the nursing care process in Mrs. W.J. and analyze the gap between theory and real cases. The method used is a case study on one patient with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation. The results of the assessment on Mrs. W.J found data that the patient said shortness of breath, weakness, neck feeling tense and dizzy, blurred vision. Blood pressure 185/100 mmHg, pulse rate 85x/min, respiratory rate 26x/m (tachypneu), temperature 36.5 C, installed nasal oxygen cannula 3 liters/minute, height 156 cm, body weight 53 kg, body mass index (BMI): 22 (normal) and ideal weight 47.6 Kg. The nursing diagnosis formulated is the risk of cerebral perfusion, ineffective breathing patterns, sleep pattern disorders, activity intolerance. The interventions in Mrs. W.J. are breathing pattern management, management of increased intracranial pressure, sleep support and energy management. The action was carried out for 3 days starting from August 16 to 18, 2024. The results of the evaluation were obtained that all nursing problems in Mrs. W.J were partially resolved. Conclusion Each symptom of a hypertensive person depends on how long a person suffers from it and adherence to treatment. Therefore, it is expected to maintain health with a healthy lifestyle both independently and collaboratively and always comply with treatment.

Keywords : Nursing Care, Hypertension
Libraries : 18 Pieces (2014-2023)

DAFTAR ISI

HALAMAN DEPAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A Latar Belakang	1
B Rumusan Masalah	4
C Tujuan.....	5
D Manfaat Studi Kasus	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A Konsep Dasar Penyakit Hipertensi.....	8
B Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	33
A Desain Studi Kasus.....	33
B Subyek Studi Kasus.....	33
C Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	34
D Lokasi Dan Waktu Studi Kasus.....	34
E Prosedur Studi Kasus.....	34
F Teknik Pengumpulan Data	35

G	Intrumen Pengumpulan Data.....	34
H	Keabsahan Data.....	34
I	Analisa Data.....	36
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN		33
A	Hasil Studi Kasus.....	33
B	Pembahasan.....	59
BAB V PENUTUP.....		64
A	Kesimpulan.....	64
B	Saran.....	65
DAFTAR PUSTAKA		66
LAMPIRAN		

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular dengan nilai tertinggi, yang menjadi salah satu penyumbang kematian dini pada masyarakat dunia. Gangguan pada sistem peredaran darah ini menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal (Nurmayani D, 2023). Hipertensi merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan namun hanya dapat dikendalikan. Pengendalian hipertensi merupakan sebuah proses yang rumit dan multi dimensi. Pengendalian tersebut baik pada tingkat populasi maupun perorangan. Pada tingkat populasi tingkat gaya hidup dengan menerapkan kerjasama antar sektor, melakukan pendekatan multi disiplin dan melibatkan masyarakat, sedangkan pada tingkat perorangan dengan menggunakan metode non farmakologi dan farmakologi (Wijaya, A.S., & Putri, Y. M, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) terdapat sekitar satu miliar orang di dunia menderita hipertensi, diantaranya berada pada Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang prevelensi hipertensi akan terus meningkat pada tahun 2025 diperkirakan ada 1,5 miliar orang terkena penyakit hipertensi dan di perkirakan setiap tahunnya terdapat 8 juta orang yang meninggal akibat hipertensi sehingga dapat meningkatkan beban biaya kesehatan (WHO, 2019).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan faktor pencetus angka kejadian hipertensi di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) tertinggi terjadi pada usia 75 keatas. 57,77 %, tingkat kecenderungan lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki yakni sebesar 29,03%, dari hasil prevalensi hipertensi sebesar 35,30 % pada penduduk tidak/belum pernah sekolah, serta tidak memiliki pekerjaan 29,2 %. Diketahui bahwa sebesar 14,64 % terdiagnosis hipertensi tidak minum obat serta 28,56% tidak rutin meminum obat (Kemenkes RI, 2019). Data tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian hipertensi lebih tinggi pada penduduk dengan tingkat pengetahuan dan ekonomi yang rendah. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi sehingga tidak mendapat pengobatan serta tingginya faktor peningkatan hipertensi di pengaruhi oleh gaya hidup, usia dan kurangnya kesadaran untuk memeriksakan kesehatan (Kemenkes, 2017).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende pada tahun 2020 terdapat sebanyak 11.137 kasus penderita hipertensi, pada tahun 2021 18.524 penderita dan pada tahun 2022 sebanyak 12.654 penderita hipertensi (Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2023). Data penderita hipertensi di RSUD Ende tahun 2021 sebanyak 21 orang, tahun 2021 sebanyak 57 orang dan pada tahun 2023 dari bulan Januari hingga Agustus sebanyak 32 penderita hipertensi (RSUD. Ende, 2023). Adanya periode peningkatan kasus di Kabupaten Ende tersebut menjadi perhatian dari seluruh masyarakat, tenaga kesehatan bahkan pemerintahan daerah untuk mencegah

terjadinya peningkatan penyakit tidak menular bahkan angka kematian akibat penyakit hipertensi.

Semakin meningkatnya prevalensi hipertensi dari tahun ke tahun dikarenakan jumlah penduduk yang bertambah, aktivitas fisik yang kurang dan pola hidup yang tidak sehat. Pola hidup yang tidak sehat tersebut antara lain adalah diet yang tidak sehat misalnya tinggi gula, lemak dan garam, dan kurang mengonsumsi makanan berserat. Selain itu adalah penggunaan tembakau dan alkohol (Hidayati, L. S. 2018).

Penanganan hipertensi yang tidak maksimal akan memberikan dampak yang signifikan. Menurut Kemenkes (2019), dampak yang ditimbulkan akibat hipertensi yaitu dapat memunculkan komplikasi penyakit yang lebih serius yakni gagal jantung, gagal ginjal, stroke dan retinopati, hipertensi merupakan faktor dominan penyebab penyakit ginjal kronik. Berbagai upaya dapat dilakukan bagi penderita hipertensi yakni penderita menerapkan gaya hidup sehat, seperti mengatur pola makan dengan mengurangi konsumsi makanan tinggi kandungan lemak, melakukan aktivitas gerak fisik, maupun menjaga pikiran dari sesuatu yang memicu stress. Adapun aktivitas fisik yang disarankan adalah dengan melakukan olahraga secara teratur. Hal lain perlu dilakukan dalam mengurangi resiko kekambuhan penyakit hipertensi adalah dengan tidak merokok, tidak mengonsumsi minuman beralkohol. Gaya hidup sehat merupakan kebutuhan fisiologis yang hirarki, kebutuhan manusia paling dasar untuk dapat mempertahankan hidup termasuk juga menjaga agar tubuh tetap bugar

dan sehat serta terbebas dari segala macam penyakit termasuk kekambuhan akan penyakit hipertensi (Rifai, M., & Safitri, D. 2022).

Perawat sebagai salah satu petugas kesehatan memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan edukasi dan pengawasan dalam menjaga kesehatan penderita hipertensi. Peran tersebut merupakan implementasi dari proses asuhan keperawatan yang dapat dilakukan perawat terhadap penderita hipertensi. Peran tersebut dapat dilakukan dengan perawat membantu klien mengenal kesehatan penderita guna memulihkan dan memelihara kesehatan tersebut dan timbulnya gangguan kesehatan akibat hipertensi. Adanya informasi yang benar dan pengawasan yang tepat serta kesadaran dari penderita hipertensi dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk melaksanakan pola hidup sehat dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Prastika. Y. D, 2021). Oleh karena itu, berdasarkan uraian tersebut di atas penulis merasa tertarik untuk mengetahui lebih dalam dan dapat melaksanakan proses asuhan keperawatan secara langsung terhadap pasien dengan diagnosa medis hipertensi yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende serta menganalisis kesenjangan yang dapat terjadi antara teori dengan kasus nyata pada penderita hipertensi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam proposal karya tulis ilmiah adalah “Bagaimanakah pelaksanaan asuhan

keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Ende?”.

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Diketuinya dan dilaksanakannya asuhan keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Dilaksanakannya pengkajian pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.
- b. Dirumuskannya diagnosa keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
- c. Disusunnya perencanaan keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
- d. Dilaksanakannya implementasi keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
- e. Diilaksanakannya evaluasi keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III di Rumah Sakit Umum Daerah Ende

- f. Dianalisisnya kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan diagnosa medis hipertensi di Ruang Penyakit Dalam III Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

Berdasarkan tujuan diatas maka manfaat karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Manfaat Teoritis

a. Bagi penulis

Hasil penulisan ini diharapkan dapat memberikan informasi serta memperdalam keterampilan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien “Ny.W.J” dengan diagnosa medis hipertensi.

b. Bagi perawat

Sebagai masukan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien “Ny. W.J” dengan Hipertensi.

c. Bagi pasien dan keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit hipertensi bagi pasien “Ny.W.J” dan keluarga.

d. Bagi perkembangan ilmu teknologi

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi penulis

Menambahkan wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

b. Bagi institusi pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan tentang asuhan keperawatan pada pasien hipertensi

c. Bagi pasien dan keluarga

Pasien “Ny. W.J” dan keluarga dapat mengetahui tentang hipertensi yang diderita pasien dan mengetahui cara penanganan pasien dengan Hipertensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan tekanan darah di dalam arteri. Dimana Hiper yang artinya berlebihan, dan Tensi yang artinya tekanan/tegangan. Jadi hipertensi merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas nilai normal (Black, J dan Hawks, J, 2014).

Hipertensi adalah suatu kondisi atau keadaan di mana seseorang mengalami kenaikan tekanan darah di atas batas normal yang akan menyebabkan kesakitan bahkan kematian. Seseorang akan dikatakan hipertensi apabila tekanan darahnya melebihi batas normal, yaitu lebih dari 140/90 mmHg (Nurmayani D, 2021).

2. Klasifikasi hipertensi

a. Klasifikasi Hipertensi berdasarkan tinggi tekanan darah

Berdasarkan tinggi tekanan darah, hipertensi diklasifikasikan sebagai berikut :

- 1) Hipertensi borderline : Tekanan darah antara 140/90 mmHg dan 280/140 mmHg.
- 2) Hipertensi ringan : tekanan darah antara 60/95 mmHg dan 200/110 mmHg

3) Hipertensi moderate : Tekanan darah antara 200/190 mmHg dan 230/120 mmHg.

4) Hipertensi berat : Tekanan darah antara 230/120 mmHg dan 280 / 140 mmHg.

b. Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya

Berdasarkan penyebab hipertensi dibedakan menjadi 2 golongan yaitu hipertensi ringan dan hipertensi sekunder.

1) Hipertensi primer atau hipertensi esensial terjadi karena peningkatan persisten tekanan arteri akibat ketidak teraturan mekanisme kontrol homeostatik normal .

2) Hipertensi sekunder atau hipertensi renal merupakan hipertensi yang penyebabnya diketahui hampir semua hipertensi sekunder berhubungan dengan gangguan sekresi hormon dan dan fungsi ginjal. Umumnya hipertensi sekunder dapat disembuhkan dengan penatalaksanaan penyebabnya secara tepat

c. Hipertensi Pada Kehamilan

Pada masa kehamilan, seorang wanita dapat mengalami hipertensi.

Hipertensi pada kehamilan umumnya terbagi menjadi 4 (empat), yaitu :

1) Preeklamsia, yaitu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi dan kerusakan organ organ, seperti kerusakan ginjal yang terlihat dari tingginya kadar protein terhadap urin (proteinuria).

2) Hipertensi kronik, yaitu hipertensi yang sudah ada sebelum wanita yang bersangkutan mengandung janin.

- 3) Preeklamsia pada hipertensi kronik, yaitu kondisi gabungan dari preeklamsia dan hipertensi kronik
- 4) Hipertensi gestasional (hipertensi transein) yaitu komplikasi dan kehamilan yang ditandai dengan tekanan darah tinggi tetapi tanpa adanya proteinnuria (Nurmayni, Dkk, 2021)

3. Etiologi

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer. Akan tetapi ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi (Ayu, N. K., 2019).

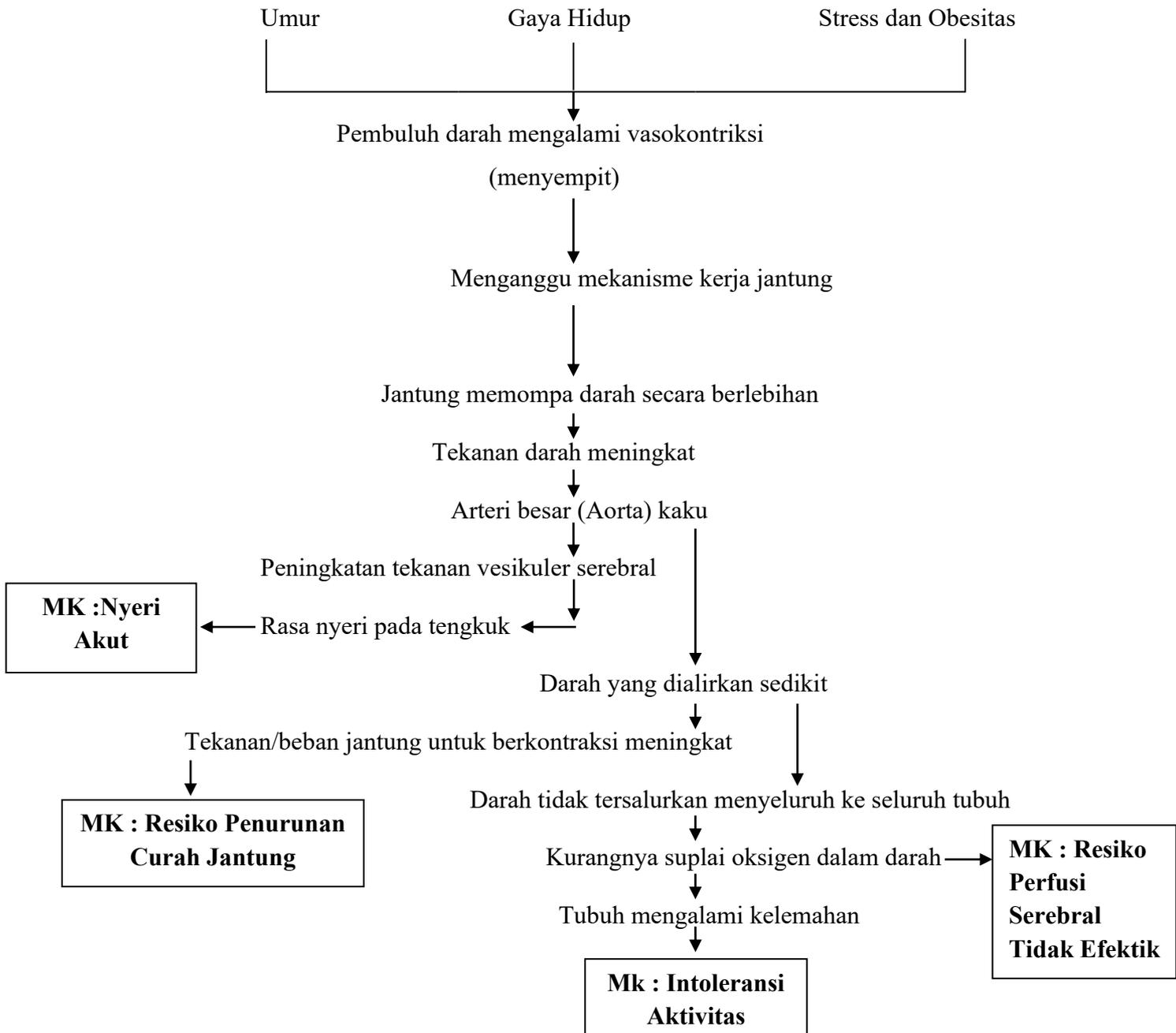
- a. Genetik : Respon neurologi terhadap stres atau kelainan eksresi atau transpot Na.
- b. Obesitas : Terkait dengan tingkat insulin yang tinggi yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.
- c. Stres karena lingkungan
- d. Hilangnya elastisitas jaringan dan arterosklerosis pada orang tua serta pelebaran pembuluh darah.
- e. Pada orang lanjut usia, penyebab hipertensi terjadinya perubahan pada elastisitas dinding aorta menurun, katub jantung menebal dan menjadi kaku kemampuan jantung memompa darah kehilangan elastisitas pembuluh darah, dan meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer.

4. Patofisiologi

Proses atau patofisiologi terjadinya hipertensi diawali dengan meningkatnya tekanan darah. Selain itu hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara seperti berikut:

- a. Jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah pada setiap detiknya atau stroke volume.
- b. Arteri Besar kehilangan kelenturan dan menjadi kaku, sehingga tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut. Oleh sebab itu, setiap denyut jantung darah dipaksa melalui pembuluh darah yang sempit dibandingkan biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Hal ini terjadi pada usia lanjut dimana dinding arterinya menebal dan kaku karena arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah arteri akibat penumpukan plak atau lemak di dinding arteri).
- c. Tekanan darah dapat meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil mengerut untuk sementara waktu akibat perangsangan saraf atau hormon didalam darah (Black, J dan Hawks, J. (2014).

5. Pathway



Gambar 2.1. Pathway hipertensi

Sumber: (Anggraini, Y, 2020; Black, J dan Hawks, J, 2014)

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pasien hipertensi antara lain :

- a. Meningkatnya tekanan sistole diatas 140 mmHg dan diastol lebih dari 90 mmHg
- b. Sakit kepala bagian belakang
- c. Epistaksis atau mimisan.
- d. Rasa berat di tengkuk
- e. Suka tidur
- f. Mata berkunang-kunang
- g. Lemah dan lelah (Aspiani. dkk, 2016).

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang untuk pasien hipertensi sebenarnya cukup dengan menggunakan tensi meter tetapi untuk melihat komplikasi akibat hipertensi, maka diperlukan pemeriksaan penunjang antara lain (Anggraini, Y, 2020).

a. Hemoglobin/Hematokrit :

Untuk mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengidentifikasi faktor resiko seperti hipokoagulabilitas, anemi.

b. *Blood Urea Nitrogen* (BUN)/kretinin : untuk memberikan informasi tentang perfusi/fungsi ginjal

c. Glukosa

Untuk mengkaji adanya hiperglikemi yang dapat diakibatkan oleh pengeluaran kadar ketokolamin.

- d. Urinalisa : untuk mengkaji tekanan darah, protein, glukosa, mengisyaratkan disfungsi ginjal dan adanya diabetes mellitus.
- e. EKG : untuk menunjukkan pola regangan, dimana luas dan peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini jantung hipertensi.
- f. Foto thoraks : untuk mengkaji adanya pembesaran jantung.

8. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis yang diterapkan pada penderita hipertensi adalah sebagai berikut :
 - 1) Terapi oksigen
 - 2) Pemantauan hemodinamik
 - 3) Pemantauan jantung
 - 4) Obat-obatan :
 - a) Diuretik : mengurangi curah jantung dengan mendorong ginjal meningkatkan ekskresi garam dan airnya .
 - b) Penyebab saluran kalsium menurunkan kontraksi otot polos jantung atau arteri dengan mengintervensi influks kalsium yang dibutuhkan untuk kontraksi. Sebagai penyekat saluran kalsium bersifat lebih spesifik untuk aliran kalsium otot jantung; sebagian yang lain lebih spesifik untuk saluran kalsium otot polos vaskular. Dengan demikian, berbagai penyakit kalsium mempunyai kemampuan yang berbeda-beda dalam menurunkan kecepatan denyut jantung volume sekuncup, TPR.

- c) Penghambat enzim mengubah angiotensin I atau inhibitor ACE berfungsi untuk menurunkan angiotensin II dengan menghambat enzim yang diperlukan untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II kondisi ini menurunkan darah secara langsung, dengan menurunkan TPR, dan secara tidak langsung dengan menurunkan sekresi aldosterone, yang akhirnya meningkatkan pengeluaran natrium pada urine kemudian menurunkan volume plasma dan curah jantung. Inhibitor ACE juga menurunkan tekanan darah dengan efek bradykinin yang memanjang, yang normalnya memecah enzim. Inhibitor ACE dikontraindikasi untuk kehamilan.
- d) Antagonis (penyekat) reseptor beta b-blocker, terutama penyakit selektif, bekerja di reseptor beta jantung untuk menurunkan kecepatan denyut dan curah jantung.
- e) Antagonis reseptor alfa menghambat reseptor alfa di otopfaskuler secara normal berespon reseptor normal terhadap rangsangan simpatis dengan vasokonstriksi. Hal ini akan menurunkan TPR.
- f) Vasodilator arteriol langsung dapat digunakan untuk menurunkan TPR, misalnya; natrium, nitroprusida, noikardipin, hidralazim, nitrogliserin, dan lainnya.
- g) Hipertensi gestasiol dan preklansia/eklamsia membaik setelah bayi lahir (Ayu, N.K, 2019).

b. Penatalaksanaan keperawatan

Tujuan deteksi dan penatalaksanaan hipertensi adalah menurunkan resiko penyakit kardivaskular dan mortalitas serta morbiditas yang berkaitan . tujuan terapi adalah mencapai dan mempertahankan tekanan sistolik di bawah 140 mmHg dan tekanan diastolik di bawah 90 mmHg dan mengontrol faktor resiko. Hal ini dapat dicapai melalui modifikasi gaya hidup saja, atau dengan obat antihipertensin (Siswanto, Y., Widyawati, S. A., & Karlina, 2020).

Penatalaksanaan faktor resiko dilakukan dengan cara pengobatan seacara non farmakologis, antara lain :

1) Pengaturan diet

Berbagai studi menunjukkan bahwa diet dan pola hidup sehat / dengan obat-obatan yang menurunkan gejala gagal jantung dan memperbaiki keadaan hiperterofi Venterikal kiri, beberapa diet yang dianjurkan :

- a) Rendah garam , diet rendah garam dapat menurunkan tekanan darah pada klien hipertensi.jumlah asupan natrium yang dianjurkan 50-100 mmol atau setara dengan 3-6 gram garam per hari
- b) Diet tinggi kalium, dapat menurunkan tekanan darah tetapi mekanismenya belum jelas. Pemberian kalium seara intrafena dapat menyebabkan pasodilatas, yang dipercaya mediasi oleh oksidanitra pada dinding Vacular.
- c) Diet kaya buah dan sayur

Diet rendah kolesterol sebagai pencegah terjadinya jantung coroner.

2) Penurunan berat badan

Mengatasi obesitas pada beberapa studi menunjukkan bahwa obesitas berhubungan dengan kejadian hipertensi dan hipertrofi ventrikel kiri. Jadi penurunan berat badan adalah hal yang sangat efektif untuk menurunkan tekanan darah. Penurunan BB 1 kg/minggu sangat dianjurkan

3) Olahraga

Olahraga teratur seperti lari, berenang, berjalan, bersepeda bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah dan memperbaiki tekanan jantung. Olahraga isotonik juga dapat meningkatkan fungsi endotel, vasodilatasi perifer, dan mengurangi katekolamin plasma. Olahraga teratur sebanyak 30 menit 3-4 kali dalam seminggu sangat dianjurkan untuk menurunkan tekanan darah. Olahraga meningkatkan HDL, yang dapat mengurangi terbentuknya aterosklerosis akibat hipertensi.

4) Memperbaiki gaya hidup yang kurang sehat.

5) Berhenti merokok dan tidak mengonsumsi alkohol penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan kerja jantung.

9. Komplikasi

Hipertensi dapat menimbulkan komplikasi pada organ tubuh yang lain. Organ tubuh yang sering mengalami komplikasi akibat hipertensi antara lain berupa pendarahan retina bahkan gangguan penglihatan sampai kebutaan, gagal jantung, gagal ginjal, pecahnya pembuluh darah otak/stroke (Aspiani, dkk, 2019).

a. Stroke

Dapat terjadi akibat hemoragi tekanan darah tinggi di otak, atau akibat embolus yang terlepas dari pembuluh selain otak yang terpajang tekanan tinggi. Stroke dapat terjadi pada hipertensi kronis apabila arteri yang memperdarahi otak mengalami hiperterofi dan penebalan, sehingga aliran darah ke area otak yang diperdarahi berkurang. Arteri otak yang mengalami arterosklerosis dapat melemah sehingga meningkatkan kemungkinan terbentuknya aneurisma.

b. Infark miokard

Dapat terjadi apabila arteri coroner yang arterosklerotik tidak dapat menyuplai cukup oksigen ke miokardium apabila terbentuk thrombus yang menghambat aliran darah melewati pembuluh darah. Pada hipertensi kronis dan hipertropi ventrikel, kebutuhan oksigen miokardium mungkin tidak dapat dipenuhi dan dapat terjadi iskemia jantung yang menyebabkan infark. Demikian juga, hipertropi ventrikel dapat menyebabkan perubahan waktu antalaristik melintasi ventrikel sehingga terjadi disritmia, hipoksia jantung, dan peningkatan resiko pembentukan bekuan.

c. Dapat terjadi karena kerusakan progresif akibat tekanan tinggi pada kapiler glomerulus ginjal. Dengan rusaknya glomerulus, aliran darah ke nefron akan terganggu dan berlanjut menjadi hipoksi dan kematian dengan rusaknya meberane glomerulus, protein akan keluar melalui urin sehingga tekanan osmotik koloid plasma berkurang dan menyebabkan edema, yang sering dijumpai pada hipertensi kronis.

d. Ensefalopati (kerusakan otak)

Dapat terjadi pada hipertensi magligna hipertensi yang meningkat cepat dapat terjadi, terutama yang terjadi pada hipertensi magligna (hipertensi yang meningkat cepat dan berbahaya). Tekanan darah yang sangat tinggi pada kelainan ini menyebabkan peningkatan tekanan kapiler dan mendorong cairan keluar interstisial diseluruh susunan saraf pusat. Neuron di sekitarnya kolaps dan terjadi kerusakan serta kematian.

e. Kejang

Dapat terjadi pada wanita preeklansia. Bayi yang lahir mungkin memiliki berat lahir kecil akibat perfusi plasentayang tidak adukua kemudian dapat mengalami hipoksia dan asidosis jika ibu mengalami kejang selama atau sebelum proses persalinan.

f. Retinopati

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada retina. Makin tinggi tekanan darah dan makin lama hipertensi tersebut berlangsung makan makin berat juga 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 hipertensi pada awalnya tidak menunjukkan gejala, dan pada akhirnya dapat menjadi kebutuhan pada stadium akhir.

10. Pencegahan

Resiko untuk mengidap hipertensi dapat dikurangi dengan:

- a. Mengurangi konsumsi garam (jangan melebihi 1 sendok per hari)
- b. Melakukan aktivitas fisik teratur (seperti jalan kaki 3 km / olah raga 30 menit perhari minimal 5 kali/minggu)
- c. Tidak merokok dan menghindari asap rokok
- d. Diet dengan gizi seimbang
- e. Mempertahakan berat badan ideal
- f. Menghindari minuman alkohol (WHO, 2018).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian fokus pada pasien dengan hipertensi (Aspiani, dkk, 2016).

a. Identitas

1) Usia

Semakin tua usia akan terjadi degenerasi sehinggaretan untuk terkena hipertensi

2) Jenis kelamin

Laki-laki lebih rentan terkena hipertensi karena gaya hidup tidak sehat karena merokok dan minum minuman beralkohol

3) Pekerjaan

beban kerja yang semakin banyak dapat menimbulkan stres dan meningkatnya tekanan darah

4) Pendidikan

Orang yang memiliki tingkat pendidikan rendah tidak mengetahui tentang bahayanya hipertensi sehingga mereka menganggap penyakit ini tidak berbahaya

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat penyakit sekarang

Pasien dengan hipertensi biasanya mengeluh sakit kepala bagian belakang, epistaksis atau mimisan, rasa berat ditengkuk, suka tidur, mata berkunang-kunang, lemah, lelah dan pusing

2) Riwayat penyakit dahulu

Pasien hipertensi biasanya ditemukan riwayat penyakit hipertensi sebelumnya, sering mengalami kelelahan dan nyeri di tengkuk

3) Riwayat penyakit keluarga

Ada riwayat keluarga yang terkena hipertensi

c. Pengkajian pola kesehatan

1) 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, atheroskleorosis 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 kenyamanan/nyeri

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

6) Pola istirahat dan tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia.

7) Integritas ego

Gejala: Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, faktor stress.

Tanda: Letupan suasana hati, gelisah, tangisan yang meledak, otot muka tegang, peningkatan pola bicara.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Meliputi keadaan umum pasien, tingkat kesadaran, dan pemeriksaan tanda-tanda vital yang menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah.

2) Pemeriksaan *head to toe*

a) Kepala

Inspeksi :

Kepala : Tampak bulat/ lonjong, wajah tampak pucat dan lesu, karena keletihan dan insomnia

Palpasi : Pasien mengeluh nyeri pada tenkuk

b) Leher

c) Pemeriksaan mata

Inspeksi : Konjungtiva berwarna merah, mata terlihat cekung, tampak loyo/layu atau kurang bersemangat.

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

d) Pemeriksaan mulut dan faring

Inspeksi : Pembesaran vena jugularis.

Palpasi : Ditemukan adanya peningkatan nadi pada arteri karotis dan vena jugularis serta adanya distensi pada vena jugularis.

e) Pemeriksaan thoraks

(1) Jantung

Palpasi : denyut nadi meningkat, jantung takikardi/
bradikardia.

Perkusi : terdapat bunyi jantung gallop.

Auskultasi : bunyi jantung murmur 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 vasikuler

f) Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : warna kulit pucat.

Palpasi : suhu dingin, CRT > 3 detik

g) Pemeriksaan Ekstermitas

Inspeksi : adanya edema, kelemahan pada ekstermitas

Palpasi : adanya edema

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dalam Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

- a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload yang ditandai dengan;
Data subjektif : mengeluh lemah ,dispnea
Data objektif : tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, *capillary refill time* > 2 detik, warna kulit pucat atau sianosis.
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, iskemia) yang ditandai dengan;
Data subjektif : mengeluh nyeri
Data objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada posisi menghindari nyeri, gelisah frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
 - c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai dengan;
Data subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lelah.
Data objektif : tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.
3. Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
- a. Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan *afterload*.
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko penurunan curah jantung tidak terjadi dengan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019):

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

Intervensi Perawatan Jantung

- 1) Observasi :
 - a) 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
 - b) Monitor tekanan darah

Rasional: jika terjadi perubahan maka perlu diperhatikan apakah membaik atau memburuk, jika membaik maka tindakan bisa di teruskan jika memburuk harus di hentikan
 - c) Monitor intake dan output cairan

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
 - d) Monitor nilai laboratorium

Rasional : nilai labolatorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostic.

2) Terapeutik

- a) Posisikan pasien *semi-fowler* atau *fowler* dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

Rasional : posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien. Posisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

- b) Berikan terapi relaksasi

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

3) Edukasi

- a) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

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

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian anti aritmia, 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 diharapkan masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019):

- 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 intrakranial

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
 - b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas)
 - c) Monitor MAP, CVP, PAWP, PAP, ICP, CPP,
 - d) Monitor status pernapasan
 - e) Monitor intake dan output cairan
 - f) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna dan konsistensi)
- 2) Terapeutik
 - a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 - b) Berikan posisi semi fowler
 - c) Cegah terjadinya kejang

- d) Hindarilah pemberian cairan IV hipotonik
 - e) Atur ventilator agar PaCo₂ optimal
 - f) Pertahankan suhu tubuh normal
- 3) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti kovulsa, jika perlu
 - b) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu
 - c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (misalnya: inflamasi, iskemia, neoplasma)

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019):

- 1) Keluhan nyeri menurun (5)
- 2) Tampak meringis menurun (5)
- 3) Gelisah menurun (5)
- 4) Sikap proktektif menurun (5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (5)
- 6) Ketegangan otot menurun (5)
- 7) Pola napas membaik (5)

Intervensi Manajemen Nyeri

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
 - b) Identifikasi skala nyeri

- c) Identifikasi respons nyeri non verbal
 - d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - e) Identifikasi pengetahuan tentang nyeri
 - f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
 - g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 - h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 - i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.
- 2) Terapeutik
- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: hipnosis, akupresur, kompres hangat/dingin dan terapi bermain, terapi pijat, aromaterapi)
 - b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya: suhu ruangan , pencahayaan, kebisingan)
 - c) Fasilitas istirahat dan tidur
 - d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 - b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri
 - d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 - e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

- 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 energi

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
 - b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
 - c) Monitor pola dan jam tidur
 - d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
- 2) Terapeutik
 - a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya. cahaya, suara, kunjungan)
 - b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif
 - c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
 - d) Fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan.

3) Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring
- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
- c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Implementasi keperawatan.

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan keperawatan oleh perawat dan pasien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan di selesaikan sebagai gambaran dalam rencana yang sudah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien hipertensi.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu masalah dengan diagnosa medis hipertensi. Adapun subyek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik. Pasien yang menjadi subjek yaitu pasien yang dirawat di RPD III RSUD. Ende bernama "Ny. W.J"

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3. Definisi operasional

No	Istilah	Definisi
1.	Hipertensi	Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah dalam arteri yang mana tekanan sistoliknya ≥ 140 dan diastoliknya ≥ 90 mmHg
2.	Asuhan Keperawatan	Asuhan Keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi

D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini telah dilakukan selama 3 hari di Ruang Penyakit Dalam III RSUD. Ende pada tanggal 16 hingga 18 Agustus 2024.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data, pertama melakukan pengurusan surat ijin di kantor Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (KESBANGPOL) Kabupaten Ende, kemudian ke ruangan Administrasi RSUD Ende untuk mendapatkan ijin penelitian di ruangan selanjutnya di arahkan ke ruangan untuk bertemu dengan kepala ruangan untuk membantu proses penelitian sehingga bisa dilakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan

subyek studi kasus. Setelah mendapatkan izin dan diperbolehkan untuk memilih pasien sesuai dengan kasus, penulis memilih responden lalu menjelaskan tujuan. Setelah disetujui oleh responden, penulis meminta tanda tangan *informed consent* dan dilanjutkan dengan pengumpulan data dan melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara di pergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, riwayat keluhan utama, studi kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, diagnosa medis dan terapi yang didapatkan sebelumnya, pola persepsi dan manajemen kesehatan, pola nutrisi metabolik, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola kognitif dan persepsi, pola persepsi dan konsep diri, pola tidur dan istirahat, pola hubungan dan peran, pola toleransi dan stress-koping, pola nilai kepercayaan.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui pengukuran dan pemeriksaan diagnostik yang dilakukan kepada pasien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah format asuhan keperawatan medikal bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang digunakan di Prodi D III Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang.

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 dan mental serta perkembangan pasien selama penulis melakukan studi kasus.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga dan data lain yang didapatkan dari catatan rekam medik seperti data laboratorium pasien.

I. Analisa data

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini di mulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang

kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada pasien hipertensi.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Umum Lokasi Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di RSUD. Ende tepatnya di Ruang Penyakit Dalam III. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti : Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari Poli Penyakit Dalam, Poli Bedah, Poli Kandungan, Poli Anak, Poli Gigi dan Poli Fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari Ruang Rawat Penyakit Dalam, Ruang Rawat Penyakit Bedah, Ruang Rawat Penyakit Kandungan Dan Kebidanan, Ruang Rawat Penyakit Anak, Ruang Rawat Perinatal, Ruang Rawat Intensif (ICU), Ruang Paviliun dan Ruang Perawatan Khusus. Unit penunjang medis RSUD Ende terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSR), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2024, jam 10.00 WITA di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

a. Identitas Pasien

Studi kasus dilakukan pada Ny. W. J yang berumur 84 tahun di RSUD Ende Ruang Penyakit Dalam III Ruangan A, pasien berjenis kelamin Perempuan, beragama Islam, beralamat di Nangapanda, status pasien sudah menikah, pendidikan terakhir SD pasien bekerja sebagai petani. Penanggung jawab pasien yaitu Ny. S. N yang berumur 51 tahun, tinggal di Nangapanda, pekerjaan petani. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan utama sesak napas, lemah, leher terasa tegang, pusing dan penglihatan kabur.

b. Riwayat Keluhan Utama

Pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing sejak 1 hari yang lalu pada hari Kamis, tanggal 15 Agustus 2024. Setelah itu anak pasien langsung membawa pasien untuk melakukan pemeriksaan di Puskesmas Nangapanda. Pasien didiagnosa Hipertensi dan dokter merujuk pasien ke Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Pasien masuk rumah sakit melalui IGD pada tanggal 15 Agustus 2024 dengan keluhan sesak napas, lemah, leher terasa tegang, pusing dan penglihatan kabur. Tekanan darah 185/100mmHg, Nadi : 86x/menit, suhu : 36,5⁰C, SPO2 : 95%, RR : 26x/menit. Pasien didiagnosis Hipertensi grade III, dan mendapat terapi Parasetamol 500 mg 3x1 gr/iv, Captopril 3x25 mg/oral, Amlodipin 1x10 mg/oral, selanjutnya

pasien dirawat di Ruang RPD III RSUD. Ende.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga mengatakan bahwa pernah mengalami riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan mengalami keluhan yang sama pada bulan Juli 2024. Pasien diperiksa ke Puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhannya berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit hipertensi

e. Pemeriksaan Pola Kesehatan

1) Pola Persepsi Kesehatan - Pola Pemeliharaan Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari: Pasien mengatakan apabila mengeluh merasakan sakit, pasien selalu memeriksakan kesehatan ke Puskesmas dan mendapatkan pengobatan. Pasien mengkonsumsi obat hanya jika mengalami keluhan. Kebiasaan pasien sering mengkonsumsi kopi dalam sehari.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan tidak lagi mengkonsumsi kopi selama sakit dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan dokter selama masa perawatan di rumah sakit.

2) Pola Nutrisi-Metabolik

Kebiasaan sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan nasi, ikan, sayur.

Keadaan saat ini: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan tidak di habiskan dan tidak mengkonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak, gorengan). Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc), tonus otot baik, berat badan 53 Kg, TB 156 cm.

Perhitungan berat badan ideal pasien sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \text{BBI} &= (\text{TB}-100)-(\text{TB}-100) \times 15\% \\ &= (156-100)- (156-100) \times 15\% \\ &= 56-(56 \times 15\%) \\ &= 56-8,4 \\ &= 47,6 \text{ Kg} \end{aligned}$$

3) Pola Eliminasi

Kebiasaan sehari-hari: 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.

Keadaan saat ini : pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB, BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak mengalami, nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Keadaan saat ini: makan dan minum dibantu oleh keluarga, mandi dibantu oleh keluarga, eliminasi (BAK-BAB) dibantu oleh keluarga, berpakaian dibantu oleh keluarga, mobilisasi tempat tidur dibantu oleh keluarga, pindah dibantu oleh keluarga. Pasien harus tirah baring (*bedrest*) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena sesak napas, lemah dan pusing.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 WITA sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.

Keadaan saat ini: Pasien mengatakan tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari karena merasa bising

6) Pola Kognitif dan Persepsi Sensori

Kebiasaan sehari-hari: keluarga mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Keadaan saat ini: keluarga mengatakan pasien dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik, juga bisa merasakan sentuhan dan bisa membedakan rasa (pahit/manis).

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Kebiasaan sehari-hari: Gambaran diri/citra tubuh; Pasien mengatakan walaupun sudah berusia lanjut, pasien bersyukur dan menyukai kondisi tubuh dia saat ini. Peran diri : pasien menjalani

kehidupan sebagai seorang ibu rumah tangga yang membantu kebutuhan keluarga dengan bertani. Harga diri : pasien selalu memandang positif tentang dirinya. dan berhubungan baik. Ideal diri : Pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangganya. Identitas diri : pasien adalah seorang ibu dan senantiasa melayani anaknya.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja.

Keadaan saat ini : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Sirkulasi Reproduksi

Pasien mengatakan suaminya sudah meninggal, pasien anak ada 5 orang.

10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stress

Kebiasaan sehari-hari: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita ke anak-anaknya. Keadaan saat ini : pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

11) Pola Nilai Kepercayaan

Kebiasaan sehari-hari: keluarga pasien mengatakan pasien beragama Islam, rajin beribadah.

Keadaan saat ini: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

f. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon mata 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 185/100 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,5 0C, SpO2 : 98%. RR : 26 x/m. BB : 53 TB : 156.

$$IMT = BB/(TB)^2 = 53 \text{ Kg}/(1,56)^2$$

$$= 53/2,4$$

$$= 22 \text{ (normal)}$$

Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara jelas. Pemeriksaan leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Pada pemeriksaan dada inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada retraksi dinding dada, palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : terdengar bunyi napas wheezing. Pada pemeriksaan jantung normal, murmur dan Gallop tidak ada. pemeriksaan abdomen : inspeksi bentuk simetris, palpasi :

tidak terdapat nyeri tekan, auskultasi : peristaltik usus 12x/m, pemeriksaan genetalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri, Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap, kekuatan otot baik.

g. Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 15 Agustus 2024 dilakukan pemeriksaan darah sebagai berikut:

1) Darah Lengkap

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	7.00	[10 ³ /U]	(3.60-11.00)
LYMPH#	0.79	[10 ³ /U]	(1.00-3.70)
MONO#	0.48	[10 ³ /U]	(0.00-0.70)
EO#	0.00	[10 ³ /U]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /U]	(0.00-0.10)
NEUT#	5.72	[10 ³ /U]	(1.50-7.00)
LYMPH%	11.3 -	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	6.9	[%]	(2.0-8.0)
EO%	0.0	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	81.7	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.02	[10 ³ /U]	(0.00-7.00)
IG%	0.3	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.38	[10 ⁶ /U]	(3.80-5.20)
HGB	11.9	[g/dL]	(11.7-15.5)
HCT	36.1	[%]	(35.0-47.0)
MCV	82.4	[fL]	(80.0-100.0)
MCH	27.2	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	42.4	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- CV	13.9	[%]	(11.5-14.5)
PLT	165	[10 ³ /U]	(150-440)
MPV	9.8	(fL)	(90- 13.0)

2) Kimia Darah Lengkap

a) Faal Hati

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
SGOT/AST	356 U/L	(0 - 35 U/L)
SGPT/ALT	14.8 U/L	(4 – 36 U/L)

b) Elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Natrium	141,5 mmol/L	135-145 mmol/L
Kalium	2.86 mmol/L	3,5 – 5,2 mmol/L
Chlorida	107,9 mmol/L	98-106mmol/L

h. Terapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 15 Agustus 2024 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah Mecobalamin 2x500 mg/iv obat ini digunakan untuk mengobati neuropati prifer (saraf tepi) dan anemia megaloblastik yang disebabkan oleh defisiensi vitamin B12, Citicoline 2x500 mg/iv obat ini merupakan suplemen otak yang digunakan pada terapi penyakit alzheimer dan jenis demensia, trauma kepala, penyakit serebrovaskular seperti stroke, Amlodipin 1x10 mg/oral obat untuk menurunkan tekanan darah pada penderita hipertensi, Parasetamol 3x1g/iv obat untuk meredakan demam dan nyeri, captopril 3x25 mg/oral obat untuk menangani hipertensi gagal jantung dan penyakit ginjal akibat diabetes, Aspar k 1x1 obat digunakan untuk suplementasi kalium pada kondisi kekurangan ataupun penyakit-penyakit yang menyebabkan kaliumrendah, Aspilet 1x80 mg/oral obat untuk

mencegah terjadinya serangan jantung, angina pektoris, atau stroke berulang pada orang yang berisiko mengalaminya.

b. Tabulasi Data

Pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang, pusing, dan mengeluh penglihatan kabur, pasien merasa pusing dan tegang di bagian leher, Pasien merasa sesak napas, pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari, pasien mengeluh lemah, Hasil TTV : tekanan darah 185/100mmHg, Nadi : 86x/menit, suhu : 36,10C, SPO2 : 98%, RR : 26x/menit, CRT >3 detik, Pada pemeriksaan ekstremitas atas pasien terpasang infus pada tangan bagian kiri.

c. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif : Pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang, pusing, dan mengeluh penglihatan kabur, pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari.

Data objektif : terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, pasien sering menguap, tidak fokus, nampak semua aktifitas dibantu, TD: 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit, CRT >3 detik.

d. Analisa Data

Setelah data diklasifikasikan dan dianalisis, maka diperoleh gambaran tentang masalah yang dialami oleh pasien sebagai berikut :

1. Risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi

Data subjektif : Pasien merasa pusing dan tegang di bagian leher.

Data objektif : tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit, CRT >3 detik

2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan)

Data subjektif : Pasien merasa sesak napas.

Data objektif : terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan)

Data subjektif : Pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari

Data objektif : pasien sering menguap, tidak fokus.

4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Data subjektif : pasien mengeluh lemah

Data objektif : nampak semua aktifitas dibantu tampak sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Risiko perfusi cerebral tidak efektif efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi.

Data subjektif : Pasien merasa pusing dan tegang di bagian leher.

Data objektif : tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit, CRT >3 detik.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan).

Data subjektif : Pasien merasa sesak napas.

Data objektif : terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit.

- c. Gangguan pola tidur tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

Data subjektif : Pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari.

Data objektif : pasien sering menguap, tidak fokus.

- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Data subjektif : pasien mengeluh lemah.

Data objektif : nampak semua aktifitas dibantu tampak sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri.

Prioritas Masalah

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif
- b. Pola napas tidak efektif
- c. Gangguan pola tidur
- d. Intoleransi aktivitas

4. Intervensi Keperawatan

Sebelum dibuat 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. Berdasarkan prioritas tersebut selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan.

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi

DS : Pasien merasa pusing dan tegang di bagian leher.

DO : tekanan darah 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C,

SPO2 : 98%, **RR:** 26x/menit, **CRT > 3 detik**

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi

Kriteria hasil : Tekanan intra kranial menurun (5), Gelisah menurun (5), Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5).

Intervensi: Observasi : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan

gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi : Pemberian diuretic osmosis, jika perlu.

- b. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan).

DS : Pasien merasa sesak napas.

DO : Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dinding dada, bunyi napas wheezing, tekanan darah 185/100 mmHg, nadi : 86x/menit, suhu : 36,50C, SPO2 : 98%, RR: 26x/menit.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah pola napas tidak efektif teratasi

Kriteria hasil : Dispnea menurun. (5), penggunaan otot bantu napas menurun(5), frekuensi napas membaik (5)

Intervensi: Manajemen jalan napas : Observasi monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, mengi, wheezing, ronkhi. Terapeutik: posisikan semi fowler atau fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen jika perlu.

- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan).

DS: Pasien mengatakan pasien tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari.

DO: Pasien sering menguap, tidak fokus

Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan di harapkan masalah gangguan pola tidur teratasi

Kriteria hasil: keluhan sulit tidur menurun (5), keluhan sering terjaga menurun (5), keluhan tidak puas tidur menurun (5), keluhan pola tidur berubah menurun (5), keluhan istirahat tidak cukup menurun (5).

Intervensi: Dukungan tidur : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). Terapeutik: Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, jika perlu, Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). Edukasi: Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

DS : pasien mengeluh lemah dan pusing

DO : nampak semua aktifitas pasien dibantu, tampak sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditngan kiri.

Tujuan: setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi

Kriteria hasil: keluhan lelah menurun (5), TD menurun (5), rasa tidak nyaman berkurang (5)

Intervensi: Manajemen energi, **Observasi:** Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, **Terapeutik :** Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Fasilitas duduk disisi tempat tidur , jika tidak dapat berpindah atau berjalan. **Edukasi:** Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, **Kolaborasi :** Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

5. Implementasi Keperawatan

a. Tindakan keperawatan dilakukan pada hari Jumad, 16 Agustus 2024

1) Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.25 WITA : Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil : TD 185/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang.

Jam 07.30 WITA : Memonitor tanda-tanda vital, hasil : TD 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,5°C dan RR :

26x/menit, SPO2: 98%, Jam 08.00 WITA : Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.10

Memberikan posisi head up 30°.

2) Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.00 WITA : Memonitor pola napas. 07.30 WITA : Memonitor bunyi napas tambahan, hasil : terdengar suara napas wheezing. 08.00 WITA Memposisikan semi fowler. 08.20 WITA : Memberikan minum air hangat. 09.30 WITA : Memberikan oksigen, hasil : pemberian bantuan oksigen nasal canul 3 liter/menit.

3) Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00 WITA : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. 07.20 WITA : Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur pasien (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 08.00 WITA : Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).

4) Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00 WITA : Identifikasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas: pasien merasa pusing dan leher tegang, tekanan darah meningkat setelah beraktivitas dari kamar mandi). 07.05 WITA : Menganjurkan pasien untuk tirah baring. 07.20 WITA : Menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang.

b. Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Sabtu, 17 Agustus 2024

1) Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.30 WITA : Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil : TD 185/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang.

Jam 07.40 WITA : Memonitor tanda-tanda vital, hasil : TD 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,5°C dan RR : 26 x/menit, SPO2: 98%, Jam 08.05 WITA : Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Memberikan posisi head up 30°.

2) Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.00 WITA : Memonitor pola napas, hasil : pasien masih menggunakan oksigen dengan canul nasal 3 liter/menit. 07.30 WITA : Memonitor bunyi napas tambahan, hasil : terdengar suara napas wheezing. 08.00 WITA : Memposisikan pasien dengan posisi semi fowler. 08.30 WITA : Memberikan minum air hangat ke pasien. 08.35 WITA : Memberikan bantuan oksigen ke pasien, hasil : pemberian bantuan oksigen canul nasal 3 liter/menit.

3) Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00 WITA : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien. 07.20 WITA : Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur pasien (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 08.00

WITA : Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis).

4) Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00 WITA : Identifikasi kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas: pasien merasa pusing dan leher tegang, tekanan darah meningkat setelah beraktivitas dari kamar mandi).

07.05 WITA : Menganjurkan pasien untuk tirah baring. 07.20

WITA : Menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang.

c. Tindakan keperawatan dilakukan Pada hari Minggu, 18 Agustus 2024

1) Diagnosa Keperawatan I

Jam 07.30 WITA : Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil : TD 185/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang.

Jam 07.40 WITA : Memonitor tanda-tanda vital, hasil : TD 185/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,5°C dan RR :

26x/menit, SPO2: 98%, Jam 08.05 WITA : Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20

Memberikan posisi head up 30°.

2) Diagnosa Keperawatan II

Jam 07.00 WITA : Memonitor pola napas, hasil : pasien masih menggunakan oksigen nasal canul 3 liter/menit. 07.30 WITA :

Memonitor bunyi napas tambahan, hasil : terdengar suara napas wheezing. 08.00 WITA : Memposisikan pasien dengan posisi semi

fowler. 08.20 WITA : Memberikan minum air hangat ke pasien,
08.30 WITA : Memberikan oksigen ke pasien, hasil : pasien
diberikan bantuan oksigen nasal canul 3 liter/menit.

3) Diagnosa Keperawatan III

Jam 07.00 WITA : Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur pasien.
07.20 WITA : Mengidentifikasi makanan dan minuman yang
mengganggu tidur pasien (mis: kopi, teh, alcohol, makan
mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur). 08.00
WITA : Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau
psikologis).

4) Diagnosa Keperawatan IV

Jam 07.00 WITA : Identifikasi kemampuan pasien dalam
melakukan aktivitas: pasien merasa pusing dan leher tegang,
tekanan darah meningkat setelah beraktivitas dari kamar mandi).
07.05 WITA : Menganjurkan pasien untuk tirah baring. 07.20
WITA : Menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak
berkurang.

6. Evaluasi Keperawatan

**Tanggal 16 Agustus telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil
sebagai berikut :**

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang.

DO: TD 185/100 mmHg, Nadi: 86x/menit, Suhu: 36,5⁰C, RR: 26 x/menit,
SPO2 98%, CRT > 3 detik

A : Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

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

Diagnosa Keperawatan II

DS : Pasien masih mengeluh sesak napas.

DO : Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dada bunyi napas wheezing, TD 185/100 mmHg, Nadi: 86x/menit, Suhu: 36,5°C, RR : 26x/menit, SPO2 98%.

A : Pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

Diagnosa Keperawatan III

DS : Pasien masih mengeluh tidur tidak teratur

DO : Pasien sering menguap, tidak fokus.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien merasa pusing dan lemah

DO : Tampak pasien saat melakukan aktivitas masih dibantu, tampak sesak napas, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri

A : Intoleransi aktifitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4

Tanggal 17 Agustus telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang.

DO: TD 185/100 mmHg, Nadi: 86x/menit, Suhu: 36,5⁰C, RR: 26 x/menit, SPO2 98%, CRT >3 detik

A : Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

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

Diagnosa Keperawatan II

DS : Pasien masih mengeluh sesak napas.

DO : Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dada bunyi napas wheezing, TD 185/100 mmHg, Nadi: 86x/menit, Suhu: 36,5⁰C, RR : 26x/menit, SPO2 98%.

A : Pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

Diagnosa Keperawatan III

DS : Pasien masih mengeluh tidur tidak teratur

DO : Pasien sering menguap, tidak fokus.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

Diagnosa Keperawatan IV

DS : Pasien merasa pusing dan lemah tampak sesak napas.

DO : Tampak pasien saat melakukan aktivitas masih dibantu, terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri.

A : Intoleransi aktifitas belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3,4

Catatan Perkembangan, Hari Minggu, 18 Agustus 2024 sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan I

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang.

DO : TD 185/100 mmHg, Nadi: 86x/menit, Suhu: 36,5⁰C, RR: 22 x/menit, SPO2 98%, CRT >3 detik

A : Masalah resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

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

I : Jam 07.30 WITA : Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK, hasil : TD 140/90 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Jam 07.40

WITA : Memonitor tanda-tanda vital, hasil : TD 140/90 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,5^oC dan RR : 22x/menit, SPO2: 98%, Jam 08.05

WITA : Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Memberikan posisi head up 30^o.

E : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang, TD 140/90 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,5⁰C, RR : 22x/menit, SPO2 98%,

Diagnosa Keperawatan II

S : pasien mengatakan sesak napas.

O : Terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, tidak ada retraksi dada bunyi napas wheezing, TD 140/90 mmHg, Nadi: 86x/menit Suhu : 36,50C, RR : 22x/menit, SPO2 98%.

A : Pola napas tidak efektif belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

I : 07.00 WITA : Monitor aktivitas pasien, hasil : pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur. 07.05

WITA : Mengingatkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap.

07.10 WITA : Mengingatkan keluarga untuk membatasi jam kunjung pasien.

E : Pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur.

Diagnosa Keperawatan III

S : Pasien mengatakan masih mengeluh tidur tidak teratur

O : Pasien sering menguap, tidak fokus.

A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3

I : Jam 08.00 WITA : Monitor tanda dan gejala kesulitan tidur, hasil : pasien mengatakan tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari

08.10 Memonitor tanda-tanda vital : TD 130/100 mmHg, Nadi: 86x/menit Suhu : 36,50C, RR : 18x/menit, SPO2 98%.

E: pasien mengatakan tidur tidak teratur. TD 130/100 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu : 36,50C, RR : 18x/menit, SPO2 98%.

Diagnosa Keperawatan IV

S : Pasien mengatakan masih lemah dan pusing.

O : Nampak aktifitas pasien masih dibantu, , terpasang oksigen nasal kanul 3 liter, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kiri.

A : Intoleransi aktifitas teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi 1,2,3.

I : 07.00 WITA : Monitor aktivitas pasien: pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur. 07.05

WITA : Mengingatkan pasien untuk melakukan aktifitas secara bertahap.

07.10 WITA : Mengingatkan keluarga untuk membatasi jam kunjung pasien.

E : Pasien bisa melakukan aktivitas secara bertahap seperti berjalan disekitar tempat tidur.

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 “Ny. W. J” di Ruang Penyakit Dalam III.

1. Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus “Ny. W. J” ditemukan pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing serta penglihatan kabur, tekanan darah 185/100 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.

Pada kasus tidak ditemukan adanya gejala jantung berdebar, gelisah dan nyeri kepala. Pasien tidak merasa keluhan tersebut. Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Ny. W. J. Keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu nyeri kepala, jantung berdebar-debar dan gelisah. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena selama perawatan sejak tanggal 16-18 Agustus 2024. Pasien sudah rutin mengkonsumsi obat Captoril 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. Sedangkan amlodipin merupakan obat penurunan tekanan darah yang masuk ke dalam golongan calcium channel blocker (CCB). Obat ini bekerja dengan cara mencegah masuknya kalsium ke sel otot polos yang terdapat di jantung dan pembuluh darah. Sebab, apabila ada kalsium yang

masuk, pembuluh darah dan jantung akan bereaksi dengan cara berkontraksi lebih kuat dan kencang, tekanan darah pun meningkat. dengan mencegah kalsium masuk, kenaikan tekanan darah tidak akan terjadi.

Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya senantiasa menjaga kesehatan dengan memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk keluhan seperti kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan berlemak dan asin, serta rutin berolahraga, mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat secara teratur sehingga dapat terhindar dari komplikasi penyakit hipertensi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. W. J adalah risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas, gangguan pola tidur berhubungan dengan kebisingan dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.

Menurut Hariyono (2020), mengatakan bahwa diagnosa yang dapat muncul pada pasien dengan hipertensi adalah nyeri akut, risiko perfusi cerebral tidak efektif, risiko penurunan curah jantung dan intoleransi aktifitas. Namun yang diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien “Ny. W.J” terdapat diagnosa yang tidak sesuai dengan teori. Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat kesenjangan antara kasus dengan teori terkait diagnosa keperawatan pada pasien hipertensi. Kesenjangan tersebut dapat disebabkan karena perbedaan lama menderita penyakit

hipertensi dan ada faktor masalah kesehatan lain yang berbeda-beda dari setiap pasien penderita hipertensi. Semakin lama pasien menderita hipertensi, risiko terjadinya komplikasi semakin tinggi, yang dapat mempengaruhi sistem organ tubuh yang lain seperti jantung, otak, sistem saraf bahkan ginjal. Semakin luas pengaruhnya terhadap organ tersebut, gejala yang ditimbulkan akan semakin banyak.

Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan yang tepat dan sedini mungkin kepada pasien hipertensi dapat mengurangi masalah yang keperawatan dapat ditimbulkan kepada pasien atau penderita.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan masalah keperawatan yang ada. Untuk masalah keperawatan yang ada pada kasus yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan faktor risiko hipertensi yaitu dengan intervensi identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), Monitor status pernapasan, Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, Berikan posisi semi fowler, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis. Sedangkan untuk diagnosa lain yaitu pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas : monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis: gurgling, mengi, wheezing, ronkhi).

Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) dengan menyusun intervensi terkait dukungan tidur : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis). Terapeutik : Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur), Batasi waktu tidur siang, jika perlu, Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur). Edukasi: Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

Diagnosa intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan dengan intervensi: Manajemen energi, Observasi: Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Terapeutik : Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Fasilitas duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Edukasi: Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Semua intervensi yang disusun berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditemukan di pasien “Ny. W.J” kemudian intervensi disusun

dari rujukan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia yang disesuaikan dengan kondisi pasien dan lingkungan serta sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit tempat pasien dirawat.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah ditentukan selama tiga hari pelaksanaan. Pelaksanaan yang dilakukan pada pasien sesuai dengan perencanaan pada diagnosa pertama tentang pelaksanaan untuk menangani masalah keperawatan risiko gangguan perfusi cerebral tidak efektif, gangguan pola napas tidak efektif, gangguan pola tidur dan intoleransi aktifitas yang dialami oleh pasien.

Semua implementasi terlaksana berdasarkan perencanaan yang telah disusun sebelum kepada pasien "Ny. W.J". Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, semua berdasarkan demi mengatasi masalah keperawatan yang dialami oleh pasien.

5. Evaluasi

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 masalah risiko gangguan perfusi cerebral tidak efektif dengan hasil : keluhan pusing dan leher tegang berkurang dan tekanan darah menjadi terkontrol. Sementara untuk masalah pola napas tidak efektif, dengan hasil: dispnea menurun, penggunaan otot bantu napas menurun, frekuensi napas

membaik, tekanan darah 130/100mmHg, Nadi : 86x/menit, suhu : 36,50C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Untuk masalah gangguan pola tidur, dengan hasil: keluhan gangguan dan kesulitan tidur menurun. Untuk masalah keperawatan intoleransi aktifitas dengan hasil, keluhan masih lemah namun pasien sudah mampu beraktifitas dengan berjalan disekitar secara perlahan-lahan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang dilakukan pada Ny.W.J maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pada pengkajian ditemukan pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing, pasien mengatakan tidur tidak teratur dan sering terbangun pada malam hari.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul ada kasus Ny.W.J adalah risiko gangguan perfusi cerebral berhubungan dengan faktor risiko hipertensi, pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas (kelemahan otot pernapasan), gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) dan intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan.
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan teori menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan berfokus pada masalah keperawatan yang muncul. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau mengatasi masalah. Maka tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri/terapeutik, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.
4. Pelaksanaan keperawatan dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah disusun dan dibuat menurut standar intervensi dan luaran keperawatan yang diharapkan berdasarkan masalah yang muncul pada pasien.

5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian.
6. Pelaksanaan asuhan keperawatan tidak selamanya ditemukan dan dilaksanakan dalam kasus nyata.

B. Saran

Berdasarkan uraian diatas, 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

- Anggraini, Y .(2020). Modul Keperawatan Medikal Bedah 1. Jakarta: EGC.
- Aspiani, dkk. (2016). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Kardiovaskuler. Jakarta : EGC
- Ayu, N. K. (2019). Keperawatan Medikal Bedah 1. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Black, J dan Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang diterapkan. Dialih bahasakan oleh Nampira R. Jakarta : Selemba Emban Patria
- Dinas Kesehatan Kabupaten Ende. (2023). Data Penderita Hipertensi di Kabupaten Ende. Kabupaten Ende.
- Hariyono. (2020). Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Kardiovaskuler. Jombang: ICME Press.
- Hidayati, L. S. (2018). Kajian Sistematis Terhadap Faktor Resiko Hipertensi Di Indonesia. Journal Of Health Science and Prevention 48-56. Link: http://repository.uinsa.ac.id/id/eprint/2145/1/Sri%20Hidayati%20L_Jurnal_Kajian%20Sistematis%20Terhadap%20Faktor.pdf
- Kemenkes RI. (2017). Profil Penyakit Tidak Menular Tahun 2016. Jakarta : Kenterian Kesehatan RI. Link: <https://repository.kemkes.go.id/book/615>
- Kemenkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]. Link: <https://kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2018>
- Nurmayani, D. (2021). Hipertensi Si Pembunuh Senyap. Medan : CV. Pusdikra Mitra Jaya.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia:Definisi dan Indikator Diagnostik (1st ed.). DPP PPNI
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. DPP PPNI.
- Prastika. Y. D. (2021). Faktor Resiko Kualitas Hidup Lansia Penderita Hipertensi Indonesia.

- Rifai, M., & Safitri, D. (2022). Edukasi Penyakit Hipertensi Warga Dukuh Gebang Rt 04/Rw 09 Desa Girisuko Kecamatan Panggang Kabupaten Gunung Kidul. *Jurnal Budimas*. Link: <https://jurnal.stie-aas.ac.id/index.php/JAIM/article/view/4101>
- RSUD. Ende. (2023). Data penderita Hipertensi di RSUD. Ende. RSUD. Ende. Kabupaten Ende
- Siswanto, Y., Widyawati, S. A., & Karlina. (2020). Hipertensi Pada Remaja di Kabupaten Semarang. *Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia*. Link : https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/112545786/17336-libre.pdf?1710807456=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHipertensi_pada_Remaja_di_Kabupaten_Sema.pdf&Expires=1759737501&Signature=Go7f3bO-5kaPtAeTNHE~cZmKE4GFxujphFIXEkSzDyb81sXgek~86ognGwaq2cmUx3n9nr34Y~ztV8VH1kgeOGzcRHad7-QSHUL2pTk0mWw5OEzkt9BEx3O3FhLc94xg-79xIF47zGHXpdFh5ostd1cdYtmc6aOcD9KyGSEUtgZr2S3b8EVebfY8IaqZkla04GuzaCSZ93zXUr3hLRF4Zo~KtUIShzWsoetTm2IY~6kyZUOeVJbAQLcrYJG-9B3sKdOVkt541RacbTS0UdStbqAMi3wYF8Ij3HPXBXuoASyuLv2QdYYS9PHeizp3wsvqIlgMXWQb1zmYVz1~EAlbEg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Wijaya, A.S., & Putri, Y. M. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa*. Jogja: Nuha Medika.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global Health Estimates 2016 : deast by Cause, Age, Sex, by country and by Region. 2000-2016*. Geneva: World Health Organization. Link: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>
- _____. (2019). *Data Hipertensi Global. Asia Tenggara: WHO*.

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi D III Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Hipertensi di RPD III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Hipertensi di RPD III 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
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. 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 silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081238881448

Ende, 16 Agustus 2024
Peneliti,


Nur Fitriani
PO.5303202210030

INFORMED KONSENT
(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 : NURFITRIANI dengan judul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HIPERTENSI DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

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

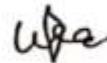
Ende, 16 Agustus 2024

Saksi



SAIDA

Yang memberikan Persetujuan



WANI JABA

Peneliti,



NURFITRIANI
PO5303202210030



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTOR JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W.J DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Agustus 2024

A. Pengumpulan Data

1. Identitas

a. Identitas pasien

Nama	: Ny. W.J
Umur	: (84 Tahun)
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Sudah Menikah
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Nangapanda
Tanggal Masuk	: 15-08-2024
Tanggal Pengkajian	: 16-08-2024
No. Register	: 146264
Diagnosa Medis	: Hipertensi

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S.N
Umur	: 51 Tahun

Hub. Dengan Pasien : Anak kandung
Pekerjaan : Petani
Alamat : Nangapanda

2. Status Kesehatan

a. Status Kesehatan Saat Ini

1) Keluhan Utama

Pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing.

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien merasa sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing sejak 1 hari yang lalu pada hari Kamis, tanggal 15 Agustus 2024. Klien masuk RS dengan keluhan sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan sesak napas, lemah, leher terasa tegang dan pusing, sehingga keluarga memutuskan untuk membawa klien ke RSUD Ende.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Anak pasien mengatakan sebelum kerumah sakit upaya yang dilakukan yaitu menggosok kepala dan seluruh badan pasien dengan minyak kayu putih dan memberikan minum air hangat.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Keluarga mengatakan bahwa pernah mengalami riwayat penyakit hipertensi sejak 3 tahun yang lalu dan mengalami keluhan yang sama pada bulan Juli 2024. Pasien diperiksakan ke Puskesmas. Setelah mendapatkan pengobatan pasien mengkonsumsi obat yang diberikan akan tetapi setelah keluhannya berkurang pasien sudah tidak mengkonsumsinya.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan baru pertama kali dirawat dirumah sakit.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat ataupun makanan.

4) Kebiasaan

Pasien mengatakan dalam sehari- hari sering minum kopi.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita Hipertensi.

3. Pola Kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

a. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Kebiasaan sehari-hari : Pasien mengatakan apabila mengeluh merasakan sakit, pasien selalu memeriksakan kesehatan ke Puskesmas dan mendapatkan pengobatan. Pasien mengkonsumsi obat hanya jika mengalami keluhan. Kebiasaan pasien sering mengkonsumsi kopi dalam sehari.

Keadaan saat ini : pasien mengatakan tidak lagi mengkonsumsi kopi selama sakit dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan dokter selama masa perawatan di rumah sakit.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan nasi, ikan, sayur.

Saat sakit : pasien makan 3 kali sehari, porsi makan tidak di habiskan dan tidak mengkonsumsi makanan yang asin dan berlemak (minyak, gorengan). Pasien minum air putih 5-6 gelas sehari (1000-1200 cc).

c. Pola Eliminasi

1) BAB

a) Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB sebelumnya 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB.

b) Saat sakit : pasien BAB 1 hari sekali, dengan konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB.

2) BAK

- a) Sebelum sakit : BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.
- b) Saat sakit : BAK 5-6 kali sehari warna kuning, berbau khas urine (amoniak), tidak ada keluhan saat BAK.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan dan minum			√		
Mandi			√		
Toileting			√		
Berpakaian			√		
Berpindah			√		

Ket :

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

Sebelum sakit : pasien mengatakan semua aktifitasnya dilakukan secara mandiri

Saat sakit : Pasien melakukan semua aktifitasnya dengan dibantu oranglain.

2) Latihan

- a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan kerja dan melakukan aktifitasnya sehari-hari secara mandiri.
- b) Saat sakit : Pasien mengatakan merasa lemah sehingga tidak dapat melakukan aktifitasnya secara mandiri.

e. Pola kognitif dan Persepsi

Pasien mengatakan kebiasaan sehari-hari pasien dapat melihat dengan jelas dan mencium bau-bauan, mendengar dengan baik, dan indra perabanya berfungsi dengan baik. Saat ini pasien mengatakan tidak ada masalah pada indra penglihatan, perabaan, penciuman, dan pendengaran.

f. Pola Persepsi-Konsep diri

- 1) Gambaran diri : Pasien mengatakan walaupun sudah berusia lanjut, pasien mensyukuri dan menyukai kondisi tubuh dia saat ini.
- 2) Harga diri : pasien selalu memandang positif tentang dirinya.

- 3) Ideal diri : Pasien memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangganya.
- 4) Peran diri : pasien menjalani kehidupan sebagai seorang ibu rumah tangga yang membantu kebutuhan keluarga dengan bertani.
- 5) Identitas diri : pasien adalah seorang ibu dan senantiasa melayani anaknya.

g. Pola Tidur dan Istirahat

- 1) Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien biasanya tidur malam mulai dari pukul 20.00-05.00 WITA sedangkan tidur siang 1-2 jam, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan tidur.
- 2) Saat sakit : Pasien mengatakan tidur tidak teratur dan sering terbangun di malam hari karena merasa bising

h. Pola Peran-Hubungan

Pasien mengatakan relasi pasien dengan keluarga, tetangga, dan orang lain baik-baik saja. relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan suaminya sudah meninggal, pasien anak ada 5 orang.

j. Pola Toleransi Stress-Koping

pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita ke anak-anaknya, pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

k. Pola Nilai-Kepercayaan

Pasien mengatakan ia mengatut agama islam dan rajin beribadah setiap hari sholat 5 waktu dan hari-hari perayaan pasien memiliki kebiasaan bangun pagi untuk beribadah. Saat sakit pasien mengatakan bahwa ia jarang sholat tetapi ia tetap berdoa untuk kesembuhannya.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : lemah

Tingkat kesadaran : komposmetis

GCS: 15 verbal : 6 motorik : 5 eye : 4

- b. Tanda-tanda Vital : : TD : 185/100 mmHg, Nadi : 86x/m, suhu : 36,5⁰C,
SpO2 : 98%. RR : 26 x/m.

- c. Berat Badan : 53 Kg

Tinggi Badan : 156 = 1,56

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB X TB (cm)}}$$

$$\text{Indeks Massa Tubuh} = \frac{53\text{kg}}{1,56 \times 1,56(\text{cm})} = \frac{53\text{kg}}{2,4\text{cm}}$$

IMT : 22

- d. Keadaan fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1) Kepala dan leher : Kulit kepala bersih, terdapat rambut uban, bergelombang, tidak ada nyeri tekan. Pada leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada nyeri tekan. menggunakan O² nasal kanul 3 lpm.

2) Dada

a) Paru : Simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, terdapat bunyi napas tambahan (wheezing) RR : 26x/m, menggunakan O² nasal kanul 3 lpm.

b) Jantung : Tidak ada pembengkakan, tidak ada terdengar bunyi suara jantung tambahan. Nadi 86x/menit.

3) Payudara dan ketiak : Simetris, bersih, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan.

4) Abdomen : Bersih, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, bising usus 12 x/menit.

5) Genetalia : Bersih dan tidak ada kelainan

- 6) Integumen : Kulit tampak bersih, warna sawo matang, turgor kulit tidak elastis, CRT <3 detik.
- 7) Ekstremitas
- a) Atas : Terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan kanan, tidak ada luka, jari-jari lengkap, kuku bersih, CRT <3 detik.
- b) Bawah : Jari-jari lengkap, tidak ada edema.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Hasil pemeriksaan darah sebagai berikut:

1) Darah Lengkap.

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
WBC	5.79	[10 ³ /U1]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.14	[10 ³ /U1]	(1.00-3.70)
MONO#	0.50	[10 ³ /U1]	(0.00-0.70)
EO#	0.16	[10 ³ /U1]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /U1]	(0.00-0.10)
NEUT#	3.95	[10 ³ /U1]	(1.50-7.00)
LYMPH%	19.7%	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	8.6	[%]	(2.0-8.0)
EO%	2.8	[%]	(2.0-4.0)
BASO%	0.7	[%]	(0.0-1.0)
NEUT%	0.82	[%]	(50.0-70.0)
IG#	0.01	[10 ³ /U1]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.58	[10 ⁶ /U1]	(4.40-5.90)
HGB	12.2	[g/dL]	(13.2-17.3)
HCT	35.3	[%]	(40.0-52.0)
MCH	77.5	[fL]	(80.0-100.0)
HCH	35.5	[pg]	(26.0-34.0)
RDW-SD	36,7	[fL]	(37.0-54.0)
RDW- EU	12.9	[%]	(11.5-14.5)
PLT	155	[10 ³ /U1]	(150-450)
MPV	9.4	(fL)	(90- 13.0)

2) Kimia Darah Lengkap

 Lemak Darah

Jenis Pemeriksaan	Nilai	NILAI RUJUKAN
Cholesterol Total	240 mg/dL	≥ 200 mg/dL
HDL-Cholesterol Total	35 mg/dL	≥ 45 mg/dL
LDL-Cholesterol Total	150 mg/dL	≤ 130 mg/dL
Trigliserida	170 mg/dL	≤ 150 mg/dL

 Elektrolit

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
Natrium	137,8 mmol/L	135-145 mmol/L
Kalium	3,04 mmol/L	3,5 – 5,1 mmol/L
Chlorida	111,3 mmol/L	98-106 mmol/L

6. Therapi

Terapi yang diperoleh ada tanggal 26 Juli 2024 dan obat-obatan yang diminum pasien ialah mecobalamin 2x500 mg/iv, Citicoline 2x500 mg/iv, Amlodipin 1x10 mg/oral, Parasetamol 3x1g/iv, captopril 3x25 mg/oral, Aspar k 1x1, Aspilet 1x80 mg/oral.

a. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing, leher terasa tegang, pengelihatn kabur, tekanan darah 190/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Keluarga pasien masih membantu dan mengawasi pasien karena takut pasien jatuh. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo). terpasang stoper pada bagian tangan kanan, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL.

b. Klasifikasi Data

Berdasarkan hasil tabulasi maka data kemudian diklasifikasikan

kedalam dua bagian yaitu :

Data subyektif: pasien mengatakan lemah, pusing, leher terasa tegang, dan penglihatan kabur.

Data objektif : tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi : 110x/menit, Suhu : 36,1⁰C, SPO2 : 95%, RR: 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak berbicara lambat (berbicara pelo). pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL.

D. Analisa Data

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

<p>yang lalu tidak tau bayar uang dari mana. DO : Pasien nampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		
<p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	<p>Kurang terpapar informasi</p>	<p>Defisit pengetahuan</p>

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan, DS : pasien mengatakan kepunya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan Data Subjektif pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. Data objektif Wajah pasien tampak

menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan Data Subjektif Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana. Data objektif Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan Data subjektif : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. Data objektif Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.

III.RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

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

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

				<p>5. Lingkungan yang tenang dapat menciptakan kenyamanan bagi pasien dan mengurangi rasa nyeri.</p> <p>6. Dengan memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dapat istirahat dengan nyaman dan kualitas tidur pasien dapat tercukupi</p> <p>7. dengan menjelaskan penyebab nyeri, periode, pemicu nyeri, dapat mengurangi kecemasan pasien terhadap nyeri yang dirasakan.</p> <p>8. Dengan memberikan obat analgetik dapat meringankan nyeri yang dirasakan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu</p>	<p>Luaran utama : Tingkat ansietas menurun</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ansietas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Perilaku gelisah menurun (5)</p>	<p>Intervensi : reduksi ansietas</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>3. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</p> <p>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>Edukasi</p> <p>5. Anjurkan keluarga untuk bersama</p>	<p>1. Dengan memantau tanda-tanda ansietas, individu dapat melakukan identifikasi dini gejala ansietas dan melakukan intervensi yang tepat.</p> <p>2. Suasana terapeutik yang positif membantu pasien merasa lebih nyaman dan aman sehingga mereka lebih cenderung membuka diri mereka.</p> <p>3. Kecemasan sering diperburuk oleh rasa kesepian, jadi</p>

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

	x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.	menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 3. verbalisasi kemauan mematuhi program perawatan atau pengobatan meningkat (5) 4. Perilaku mengikuti program perawatan/pengobatan meningkat (5)		resiko yang mempengaruhi Kesehatan dapat meningkatkan keluarga dalam pengenalan masalah Kesehatan. 5. Dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat meningkatkan kualitas hidup keluarga.
--	----------------------------------	--	--	--

IV. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

IMPLEMETASI HARI PERTAMA TANGGAL 16 AGUSTUS 2024					
No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan. DS : pasien mengatakan kepanya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85	Jumat, 16 Agustus 2024	09.00 WITA 09.05 WITA 09.10 WITA	1. Mengukur tanda-tanda vital pasien, hasil : TD : 175/85 mmHg, N : 90 x/m, S : 35,9°C, SPO ₂ : 94%, RR : 17 x/m. 2. Mengatur posisi semi fowler 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan	S : Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing dan nyeri dan mau mengurangi makan yang berminyak dan tinggi garam O : Pasien tampak lemah, TTV : Tekanan darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO ₂ :

	mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.		10.00 WITA 10.10 WITA 10.15 WITA 10.30 WITA	lingkungan yang tenang 4. Memberikan obat oral captopril 3x25 mg 5. Menjelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6. Menginfomasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang (makanan tinggi garam dan berminyak) 7. Anjurkan untuk sering berolahraga	97%. A : masalah keperawatan resiko perfusi selebral tidak efektif belum teratasi, P : intervensi 1-3 dilanjutkan.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit. DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Jumat, 16 Agustus 2024	09.00 WITA 09.05 WITA 09.10 WITA 09.19 WITA 09.20 WITA 10.00	1. Mengukur tanda-tanda vital, TD : 175/85 mmHg, N : 90 x/m, S : 35,9°C, SPO ₂ : 94%, RR : 17 x/m. 2. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 3. mengidentifikasi skala nyeri 4. mengidentifkasi faktor yang memperberat dan meningkatkan nyeri. 5. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam 6. kolaborasi pemberian	S : Pasien mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3. O : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 170/100 mmHg, suhu : 36,5°C, nadi : 80 x/m, RR : 19 x/m, SpO ₂ : 97% A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi. P : intervensi keperawatan 1-6 dilanjutkan.

				analgetik paracetamol 1mg/IV.	
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Jumat, 16 Agustus 2024	<p>WITA 09.00 WITA</p> <p>09.05 WITA</p> <p>09.10 WITA</p> <p>09.15 WITA</p> <p>09.20 WITA</p> <p>09.30 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> mengukur tanda-tanda vital : Tekanan darah : 175/85 mmHg, suhu : 35,9 °C, Nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m. Pukul 09.05 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. mendengarkan dengan penuh perhatian : pasien menceritakan tentang dirinya sampai cemas. menganjurkan kepada keluarga untuk Bersama pasien melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas 	<p>S : pasien mengatakan masih cemas.</p> <p>O : Wajah Ny.M tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik, Tekanan darah : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p> <p>P : intervensi 1-6 dilanjutkan.</p>
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan</p>	Jumat, 16 Agustus 2024	<p>09.30 WITA</p> <p>10.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> mengidentifikasi kesiapan dan menerima informasi. memberi kesempatan pasien untuk bertanya tentang penyakit yang diderita. 	<p>S : Pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan.</p> <p>O : Pasien mengerti apa yang disampaikan, mampu</p>

	<p>tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		<p>10.10 WITA</p> <p>10.30 WITA</p>	<p>3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum obat tekanan darah di rumah sesuai anjuran dokter</p> <p>4. menjelaskan efek dari mengonsumsi obat tekanan darah tinggi</p>	<p>mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan, pasien berjanji saat di rumah pasien minum darah tinggi secara rutin, Tekanan darah : 170/100 mmHg, Suhu : 36,5°C, RR : 19 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi.</p> <p>P : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.</p>
--	---	--	---	--	--

IMPLEMETASI HARI KEDUA TANGGAL 17 AGUSTUS 2024

No	Diagnosa Keperawaatn	Hari/Tanggal	Jam	Implemetasi	Evaluasi
1	<p>Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan.</p> <p>DS : pasien mengatakan kepanya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala.</p> <p>DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Sabtu, 17 Agustus 2024	<p>08.00 WITA</p> <p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.30 WITA</p>	<p>1. mengukur tekanan darah : tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>2. menanyakan keluhan yang dirasakan</p> <p>3. Pukul 08.20 menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>4. memberikan obat captopril 25 mg.</p> <p>5. Menjelaskan kepatuhan diet terhadap</p>	<p>S : Pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit dan pusing.</p> <p>O : Tekanan darah : 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi 1-3 dilanjutkan.</p>

				<p>kesehatan</p> <p>6. Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang (makanan tinggi garam dan berminyak)</p> <p>7. Anjurkan untuk sering berolahraga</p>	
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan</p> <p>DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Sabtu, 17 Agustus 2024	<p>08.00 WITA</p> <p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.30 WITA</p> <p>10.00 WITA</p>	<p>1. Pukul 08.00 mengukur tanda-tanda vital, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>2. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>3. mengidentifikasi skala nyeri hasil</p> <p>4. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri</p> <p>5. memberikan obat paracetamol 1 mg/IV.</p>	<p>S : Data subjektif : Ny.M mengatakan masih terasa nyeri, nyeri terasa seperti di tekan, nyeri terasa 3-5 menit, skala nyeri 3.</p> <p>O : wajah Ny. M nampak meringis, Tekanan Darah 176/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi,</p> <p>P : intervensi keperawatan 1-4 dilanjutkan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang</p>	Sabtu, 17 Agustus 2024	08.00 WITA	<p>1. mengukur tanda-tanda vital pada pasien, tekanan darah : 180/100 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 74 x/m, RR : 20x/m, SpO2 : 98%.</p>	<p>S : pasien mengatakan masih cemas.</p> <p>O : Wajah pasien tampak gelisah, cemas, pasien tampak tidur bolak-balik,</p>

	<p>tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		<p>08.10 WITA</p> <p>08.20 WITA</p> <p>08.30 WITA</p> <p>08.35 WITA</p> <p>09.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pukul 08.10 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah 3. menciptakan suasana yang terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pukul 08.30 mendengarkan dengan penuh perhatian 5. menganjurkan kepada keluarga untuk bersama pasien 6. melatih pasien untuk melakukan kegiatan pengalihan seperti bercerita dengan keluarga, menonton film dan mendengarkan musik di HP agar tidak cemas : pasien melakukannya. 	<p>Tekanan darah : 176/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, nadi : 85 x/m, RR : 20 x/m, SpO2 : 97%.</p> <p>A : Masalah ansietas belum teratasi.</p> <p>P : intervensi 1-6 dilanjutkan.</p>
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi.</p> <p>DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah</p>	Sabtu, 17 Agustus 2024	<p>08.00 WITA</p> <p>08.35 WITA</p> <p>09.00 WITA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengingatkan kembali kepada pasien informasi kemarin yang telah disampaikan. 2. Mengingatkan kembali betapa pentingnya mengonsumsi darah tinggi, pasien dan keluarga mengerti apa yang disampaikan. 3. menganjurkan pada pasien untuk rutin minum darah tinggi di rumah sesuai anjuran 	<p>S : Pasien mengatakan sudah paham dengan penjelasan yang disampaikan tentang penyebab dari darah tinggi dan rutin minum obat sesuai anjuran dokter.</p> <p>O : pasien mampu mengungkapkan kembali penjelasan yang telah disampaikan.</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi.</p>

	: 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.			dokter.	P : Intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.
--	--	--	--	---------	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA, TANGGAL 18 AGUSTUS 2024

No	Diagnosa keperawatan	Hari tanggal	Catatan perkembangan
1	Resiko perfusi cerebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi ditandai dengan. DS : pasien mengatakan kepunya terasa sangat pusing dan nyeri pada bagian kepala. DO : Pasien tampak lemah, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.	Minggu,18 Agustus 2024	Jam 09.00 WITA S : mengatakan kepalanya sudah tidak terasa pusing. O : wajah Ny. M nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%. A : Masalah keperawatan resiko perfusi perifer tidak efektif teratasi, P : Intervensi keperawatan dipertahankan Ny. M dinyatakan pulang oleh dokter. I : Memberikan edukasi kepada Ny. M dan keluarga untuk konsumsi makanan yang tidak mengandung garam tinggi, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak, mengurangi penggunaan penyedap rasa pada masakan seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin dan kontrol kembali kesehatan setiap bulan di fasilitas kesehatan yang ada dan menganjurkan untuk rajin berolahraga dan rajin berolahraga. E : Ny. M dan keluarga mengatakan ketika dirumah nanti Ny. M dan keluarga akan mengurangi makanan yang mengandung tinggi garam, mengurangi konsumsi makanan yang berminyak dan mengurangi penggunaan penyedap rasa seperti masako, royco, dan mengonsumsi obat dengan rutin, rajin memeriksa kesehatan kefasilitas kesehatan. Masalah resiko perfusi serebral teratasi, intervensi dihentikan.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik fisiologis ditandai dengan	Minggu,18 Agustus 2024	Pukul 09.00 S : Pasien mengatakan nyeri di kepala sudah tidak terasa lagi, O : wajah nampak rileks, tekanan darah : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18

	<p>DS : pasien mengeluh nyeri pada kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditekan, nyeri muncul Ketika kepala digerakkan, skala nyeri 3, lama nyeri 2-3 menit.</p> <p>DO : Wajah pasien tampak menyeringai, tekanan darah :175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, nadi : 90 x/m, RR : 17 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		<p>x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>A : masalah keperawatan teratasi.</p> <p>P : intervensi keperawatan dipertahankan Ny.M dinyatakan pulang oleh dokter,</p> <p>I : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan lakukan selama 3-5 kali untuk mengurangi nyeri yang dirasakan.</p> <p>E : Ny. M dan keluarga menjelaskan kembali teknik relaksasi napas dalam dengan menarik napas dalam sebanyak 3x dan menghembuskan ulangi 3-5 kali. Masalah nyeri akut teratasi, intervensi dihentikan.</p>
3	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan</p> <p>DS : Pasien mengatakan cemas karena BPJS yang tidak aktif, suami baru meninggal 1 bulan yang lalu tidak tau bbayar uang dari mana.</p> <p>DO : Pasien tampak gelisah, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>	Minggu,18 Agustus 2024	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : pasien mengatakan cemas sudah berkurang karena bpjs sudah diurus oleh anaknya.</p> <p>O : Pasien tampak segar, tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%.</p> <p>A : masalah keperawatan ansietas teratasi.</p> <p>P : intervensi dipertahankan, Ny.M dipulangkan oleh dokter.</p> <p>I : Mengajar kepada pasien untuk melakukan teknik pengalihan seperti menonton TV atau melakukan aktivitas yang lain ketika cemas muncul.</p> <p>E : Ny. M dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang diajarkan. Masalah ansietas teratasi, intervensi dihentikan</p>
4	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai</p>	Minggu,18 Agustus 2024	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : jam 07.30 wita pasien mengatakan sudah paham.</p> <p>O : Keadaan umum baik, pasien mampu menjelaskan penyebab dari hipertensi,</p>

<p>dengan DS : Pasien mengatakan tidak tahu penyebab dari darah tinggi. DO : Pasien tampak bingung, pasien bertanya tentang penyebab-penyebab dari darah tinggi, Tekanan Darah : 175/85 mmHg, suhu :35,9 °C, RR : 17 x/m, nadi : 90 x/m, SpO2 : 96 %.</p>		<p>tekanan darh : 160/100 mmHg, suhu : 36,0°C, nadi : 83 x/m, RR :18 x/m, SpO2 : 98%. A : Masalah teratasi. Pasien dipulangkan oleh dokter. P : Intervensi dipertahankan. I : jam 09:10 wita mengedukasi pasien minum obat darah tinggi di rumah sesuai anjuran dari dokter. E : pasien sudah mengerti pentingnya minum obat darah tinggi dan sesuai anjuran dokter, Masalah defisit pengetahuan teratasi. Intervensi dihentikan.</p>
---	--	---

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : Nur Fitriani

Nim : 5303202210030

Dengan ini menyatakan akan mengumpulkan file karya tulis ilmiah
Saya Sebelum ujian Kompetensi. Jika tidak mengumpulkan sebelum waktu
yang sudah ditetapkan maka saya menerima konsekuensi yaitu
tidak diberikan ijazah hingga mengumpulkan file karya tulis ilmiah.

2025

Ender

Yang bertanda tangan



Nur Fitriani

Pd-5303202210030



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 : Nur Fitiriani
 Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303202210030
 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 NY "W.J"**

DENGAN 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 **25,12%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 05 September 2025

Admin Strike Plagiarism


 Mury Jermias Kale SST

NIP. 19850704201012100





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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Nur Fitriani
 NIM : PO.5303202210030
 Nama Pembimbing : Maria Salestina Sekunda,S.ST.,M.Kep
 Nama Penguji : Syaputra Artama Syarifudin,S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	19 September 2023	Konsul judul Konsul BAB 1 Latar Belakang.	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki cover depan menggunakan 1,5 - Masukkan masalah utama dari hipertensi - Data kejadian angka hipertensi diutamakan 3 tahun terakhir - Lengkapi daa 	<i>gn</i>
2.	20 November 2023	Konsul BAB 1 Latar Belakang.	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan cover piramida terbalik - Atur proposal 4,4,3 - Tambahkan data dari hipertensi - Tambhkan studi kasus seperti yang dilakukan RSUD Ende 	<i>gn</i>
3.	02 Februari 2024	Konsul BAB1 Latar Belakang.	<ul style="list-style-type: none"> - Cover depan spasi 1,5 - Atur Bab 1.4,4,3 - Perbaiki tujuan - Tambahkan teori praktis - Tambahkan latar belakang di atas penulis 	<i>gn</i>

4.	06 Februari 2024	Konsul BAB 1 Latar Belakang.	<ul style="list-style-type: none"> - Cover depan piramida - Data cek lagi - Ubah perumusan pada tujuan - Ubah manfaat studi kasus - Lengkapi data perpola 	SH
5.	7 Februari 2024	1.Konsul BAB 1 Latar Belakang	<ul style="list-style-type: none"> - Cover depan - Pakai halaman 	SH
6.	13 Februari 2024	Konsul BAB 2 Konsul BAB 3	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki bab 2 dan bab 3 - Lengkapi sumber dari pathway - Diagnosa DS dan DO 	SH
7.	21 Februari 2024	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - Belajar lagi 	SH
8.	22 Februari 2024	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - Belajar lagi 	SH
9.	22 Februari 2024	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - Belajar lagi 	SH
10	02 Mei 2024	Konsul	<ul style="list-style-type: none"> - ACC siap ujian 	SH

Disahkan oleh :

Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

NIP. 196601141991021001

LEMBAR KONSUL REVISI PROPOSAL

Nama : Nurfitriani
 NIM : PO.5303202210030
 Judul Proposal KTI : Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di ruangan perawatan khusus RSUD. Ende
 Nama Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, S.ST, M.Kes
 Nama Penguji : Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Senin, 08 Juni 2024	Konsul BAB I latar belakang, tujuan, dan manfaat	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki latar belakang, tujuan, dan manfaat - Lengkapi data penderita Hipertensi - Perbaiki penulisan dan penyusunan - Lengkapi referensi kutipan 	
2	Jumat, 12 Juni 2024	Konsul BAB I dan BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan kembali - Cari sumber referensi yang terupdate - Perbaiki data - Perbaiki pathway 	
3	Selasa, 23 Juni 2024	Konsul BAB I , BAB II dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki konsep umum penyakit dan konsep keperawatan - Perbaiki pengkajian penyakit pada hipertensi - Perbaiki pathway 	

4	Senin, 29 Agustus 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan diagnosa sesuai pathway - Perbaiki BAB III - Perbaiki intervensi diagnosa sesuai SDKI, SLKI dan SIKI - Perbaiki definisi operasional - Perbaiki metode pengumpulan data 	
5	Jumat, 02 Agustus 2024	Konsul BAB I, BAB II dan BAB III dan Daftar Pustaka	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki konsep keperawatan dan lengkapi dengan referensi - Perbaiki penulisan daftar pustaka - Lengkapi informed consent dan format pengkajian 	
6	Selasa, 08 Agustus 2024	Konsul proposal BAB I, BAB II, BAB III	ACC ambil kasus di Rumah Sakit	

Disahkan oleh :

Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomok, MKep, Ns, Sp.Kep.Kom
NIR.196601141991021001

LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Nurfitriani
 NIM : PO.5303202210030
 Judul Proposal KTI : Asuhan keperawatan pada pasien Ny. W.J dengan diagnosa medis hipertensi di ruangan perawatan penyakit dalam (RPD III) RSUD. Ende
 Nama Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, S.ST, M.Kes
 Nama Penguji : Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Selasa, 20 Agustus 2024	Konsul KTI -responsif hasil konsul	- Lengkapi sampai implementasi - Lanjut pengetikan	
2	Senin, 26 Agustus 2024	-Konsul BAB 4	-Buat tabel terbuka -Perbaiki pengetikan -Perbaiki Implementasi -Tambahkan diagnosa -Perbaiki pengetikan	
3	Selasa, 27 Agustus 2024	-Konsul BAB 4	-Perbaiki Pengetikan - Intoleransi aktivitas di tambahkan	
4	Rabu, 28 Agustus 2024	Konsul abstrak dan lampiran	-Perbaiki pengetikan -Tambahkan abstrak	
5	Kamis, 29 Agustus 2024	ACCKonsul KTI	ACC pembimbing KTI	

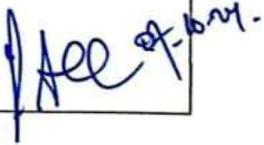
Disahkan oleh:
 Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

LEMBAR KONSUL REVISI KTI

Nama : Nurfitriani
 NIM : PO.5303202210030
 Judul Proposal KTI : Asuhan keperawatan pada pasien Ny. W.J dengan diagnosa medis hipertensi di ruangan perawatan penyakit dalam (RPD III) RSUD. Ende
 Nama Pembimbing : Maria Salestina Sekunda, S.ST, M.Kes
 Nama Penguji : Syaputra Artama Syarifudin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	Jumat, 06 September 2024	Konsul KTI - BAB III - BAB IV hasil dan pembahasan	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki BAB III, sesuaikan pasien dan waktu karena telah melakukan studi kasus - Lengkapi prosedur pengumpulan data - Perbaiki penulisan dan penyusunan - Perbaiki dan lengkapi data kasus pasien, sesuaikan dengan diagnosa keperawatan - Tambahkan referensi di pembahasan 	
2	Rabu, 11 September 2024	Revisi di BAB I (tujuan dan rumusan) dan BAB IV (pembahasan)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki rumusan dan tujuan karya tulis - Perbaiki pembahasan dan sertakan referensi yang terupdate - Perbaiki penulisan dan pathway 	

3	Kamis, 19 September 2024	Konsul BAB IV (kasus dan pembahasan) Konsul BAB V (kesimpulan dan saran)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki data studi kasus, lengkapi - Perbaiki pembahasan - Perbaiki kesimpulan sesuaikan dengan tujuan - Lengkapi saran - Lengkapi lampiran 	
4	Senin, 30 September 2024	Konsul abstrak dan lampiran	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki abstrak sesuaikan panduan - Perbaiki intervensi diagnosa sesuaikan SDKI, SLKI dan SIKI - Perbaiki definisi operasional - Perbaiki metode pengumpulan data tulis hingga proses revisi 	
5	Rabu, 22 Oktober 2024	Konsul Daftar pustaka dan lampiran	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki penulisan daftar pustaka - Lengkapi informed consent dan format pengkajian 	
6	Senin, 07 Oktober 2024	ACC revisi KTI	ACC Penguji KTI	

Disahkan oleh :

Ketua Prodi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

NIP. 196601141991021001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Nur Fitriani
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 21 Juli 2002
Alamat : Jl. Nangka. Kabupaten Ende
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Gemit Ende 4
2. SMP Negeri 1 Ende
3. Madrasah Aliyah Negeri Ende

MOTTO

**“ PEDANG TERBAIK YANG DIMILIKI
IALAH SEBUAH KESABARAN TANPA
BATAS “**