

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa: saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Maria Eustakia Gela, Nim: PO. 5303202210022 dengan judul : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M.S Dengan Masalah Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.”

Saya setuju untuk ikut partisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapa pun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 13 September 2024

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan



Ny. N.A



Ny. M.S

LAMPIRAN 2

! PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya 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 Ny. M.S di Ruang Penyakit Dalam RPD III RSUD Ende”
2. Tujuan penelitian untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Hipertensi yang dapat memberi manfaat berupa pemahaman pasien tentang masalah Hipertensi dan cara untuk mengatasinya.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan mulai dari pengkajian , pengumpulan data, perumusan diagnosis penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan, tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk keadaan status kesehatan ibu/bapak/saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu/saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Namun dari jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/ibu/saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor Hp: 082359321271

Ende, 13 September 2024

Peneliti



Maria Eustakia Gela

Nim: PO. 5303202210022

LAMPIRAN 3



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

Direktorat : Jln. Piet A Tallo, Liliba Kupang, Telpn (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256 Email Poltekeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.M.S DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG PENAKIT DALAM III RSUD ENDE**

Format PengkajianAsuhanKeperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 September 2024

A. Pengumpulan Data

1. Identitas

a. IdentitasPasien]

Nama	: Ny. M.S
Umur	: 58Tahun
Agama	: Muslim
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang
Suku Bangsa	: Ende
Alamat	: Jln Perwira
Tanggal Masuk	: 10 September 2024
TanggalPengkajian	: 13 September 2024
DiagnosaMedis	: Hipertensi

2. Status Kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan sakit kepala.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pasien mengatakan pasien masuk ke Rs dengan keluhan sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, leher tegang, sejak tanggal 9 september 2024 adik pasien mengantar pasien tanggal 10 september 2024 jam 17:20 saat di kaji pasien tidak mampu mengingat tekanan darah pasien . pasien masuk IGD dengan hasil tensi 210/110 mmHg dan pasien dipindahkan pukul 02:30 pagi di ruang penyakit dalam.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan pasien masuk IGD karena kelelahan, nyeri dada, lemas saat beraktivitas, sakit kepala, leher tegang, pasien mengalami sakit sejak tanggal 9 september 2024.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan saat keluhan dirasakan pasien mengatasi dengan cara tidur.

b. Status Kesehatan Masa Lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan dirinya pernah mempunyai riwayat penyakit jantung dan darah tinggi.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan ia pernah dirawat tiga bulan yang lalu dengan keluhan yang sama.

3) Alergi

Pasien mengatakan dirinya tidak ada alergi obat dan makanan.

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alcohol/dll)

Pasien mengatakan sering minum kopi dan mengonsumsi garam berlebihan.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan hanya dirinya sendiri yang mengalami hipertensi dan ibunya mengalami penyakit jantung.

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan ia melakukan terapi obat captopril.

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

a. pola persepsi dan manajemen kesehatan

pasien mengatakan ia memiliki penyakit hipertensi dan riwayat penyakit jantung pasien mengatakan biasanya pergi berobat di puskesmas dan dapat obat.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum Sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari porsi makan di habiskan

Saat Sakit

Pasien mengatakan makan 3x sehari sedikit dihabiskan jenis makan nasi, sayur, telur, ikan.

c. Pola Eliminasi

1) BAB

Sebelum sakit

Kebiasaan sehari-hari BAB satu kali sehari bau kas feses warna kuning padat

Saat Sakit

Pasien mengatakan baru pagi tadi jam 08;00 pasien BAB bau kas feses warna kuning padat.

2) BAK

Sebelum sakit

Biasanya pasien mengatakan pasien buang air kecil biasanya 3-4x sehari berwarna kuning bau khas urin.

Saat sakit

Pasien mengatakan pasien buang air kecil biasanya 3x sehari berwarna kuning tidak pucat bau khas urin.

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Aktivitas

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
	✓		✓		
			✓		
			✓		
			✓		
			✓		

Ket :

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

2) Latihan

Sebelum Sakit

Pasien mengatakan jarang berolahraga dan setiap harinya pasien pergi kepasar untuk jualan.

Saat sakit

Pasien mengatakan ia hanya terbaring di atas tempat tidur, kesulitan melakukan aktivitas karena cepat lelah, aktivitasnya seperti toileting, berpakaian, mandi dan berpindah di bantu oleh adiknya.

e. Pola kognitif dan persepsi dan sensori

Pasien mengatakan penglihatan, pendengaran, normal di ajak bicara respon dengan baik.

Keluhan subjektif nyeri

P: Nyeri di sebabkan peningkatan tekanan darah

Q: Nyeri seperti di tususk-tusuk

R: Nyeri pada bagian kepala dan dada

S: Skala nyeri 4(nyeri sedang)

T: Nyeri di rasakan 1-5 menit

f. Pola Persepsi-Konsep diri

Gambaran diri	: pasien mengatakan ia menerima kondisinyaq saat ini
Harga diri	: pasien mengatakan dirinyan berharga bagi dirinya keluarga, maupun orang sekitar.
Ideal diri	: pasien mengatakan ingin sembuh dan berkumpul bersama anaknya serta dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.
Peran diri	: pasien mengatakan ia adalah seorang perempuan berumur 58 tahun dan merupakan seorang ibu.

g. Pola Tidur dan Istirahat

Kebiasaan sehari-hari	: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam mulai dari pukul 21.00-04.00 WITA. Tidak ada keluhan saat tidur.
Keadaan saat ini	: pasien mengatakan bahwa ia tidur malam hari mulai dari pukul 20.00-05.00 WITA. Saat tidur terganggu karena leher tegang dan sakit kepala.

h. Pola Peran-Hubungan

Kebiasaan sehari-hari	: Pasien adalah ibu rumah tangga seorang ibu. Pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarga, lingkungan, teman maupun keluarga besarnya.
Keadaan saat ini	: Pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik seperti biasanya. Pasien

mempunyai hubungan baik dengan para perawat dan sesama pasien di ruang perawatan.

i. Pola Toleransi Stress- Koping

Pasien mengatakan untuk mengatasi stress-nya pasien biasanya memilih keluar rumah dan pergi ke rumah adiknya

j. Pola Nilai- Kepercayaan

Pasien mengatakan ia beragama muslim , dan selalu sholat 5 waktu

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

KU: Lemah, tingkat kesadaran : Composmentis, GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Tanda – tanda Vital Nadi : 72 x/m, suhu : 36,0 C, pernapasan : 24 x/m, tekanan Darah : mmHg, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

b. Pengkajian Fisik

Kepala : kulit kepala tampak bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan. Wajah : Wajah pasien tampak pucat, mata : Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung. Mulut : Membran mukosa pucat. Leher : Tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. Thorax Inspeksi : Dada tampak simetris, frekuensi napas 24x/ m, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, palpasi: ada nyeri tekan. Auskultasi : Tidak ada bunyi napas tambahan. Abdomen Inspeksi : Tidak terlihat adanya benjolan.

Auskultasi : Peristaltik usus 10x/m. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Ekstremitas Atas : Tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terpasang

infus Nacl 20 tpm di tangan kanan, CRT>3 detik, ekstermitas bawah:

tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan.

5. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 0.1 **Pemeriksaan Darah Lengkap tanggal 11 September 2024**

Flags	Result	Unit	Expected
WBC	7.4	$10^3/\mu\text{L}$	(3.60- 11.00)
LYMPH#	2.42	$10^3/\mu\text{L}$	3.70)
MONO#	0.39	$10^3/\mu\text{L}$	(0.00-0.70)
EO#	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	(0.00-0.40)
BASO#	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	(0.00-0.10)
NEUT#	4.26	$10^3/\mu\text{L}$	(1.50-7.00)
LYMPH%	33.9	%	(25.0-40.0)
MONO%	5.5	%	(2.0-8.0)
EO%	0.7 -	%	(2.0- 4.0)
BASO%	0.3	%	7.00)
NEUT%	59.6	%	(50.0 -70.00)
IG#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	7.00)
IG%	0.1	%	(0.0 – 72.0)
RBC	4.16	$10^6/\mu\text{L}$	(3.80- 5.20)
HGB	11.7	g/Dl	(11.7-15.5)
HCT	34.6 -	%	(35.0- 47.0)
MCV	83.2	fL	(80.0-100.0)
MCH	28.1	Pg	(26.0- 34.0)
MCHC	33.8	g/dL	(32.0-36.0)
RDW-SD	39.6	fL	(37.0- 54.0)
RDW-CV	12.8	%	(11.5- 14.5)
PLT	371	$10^3/\mu\text{L}$	(150-440)
MPV	8.5	fL	(9.0-13.0)
PCT	0.32	%	(0.17-0.35)
PDW	7.9 -	fL	(9.0- 17.0)
P-LCR	12.4	%	(13.0- 43.0)

(DataPrimer RSUD Ende,2024).

Tabel 0.2 **Terapi Pengobatan**

NO	NAMA OBAT	DOSIS OBAT	Indikasi
1	Paracetamol	3x1gr/IV/8 jam	Meredahkan gejala nyeri dan demam.
2	Ceftriaxone	2x1gr/IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negative maupun gram positif.
3	Ondansentron	3x4mg/IV	Mencegah mual muntah
4	Furosemide	1x40mg/IV	Untuk tata laksana overload cairan dan edema.
5	Omeprazole	4mg/IV	Untuk mengobati nyeri ulu hati, tukak lambung.
6	Mecobalamin	500mg/IV	Untuk suplementasi vitamin B12
7	Captopril	25gr/oral	Untuk mengobati hipertensi.

(Data primer RSUD Ende,2024)

B. Tabulasi data

Pasien mengatakan merasa sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun di malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Sebagian aktivitas dibantu oleh adiknya kadang tidurnya terganggu karena ia merasa lemas saat beraktifitas. KU: lemah, kesadaran composmentis: GCS : 15 (E: 4, V:5, M:6). Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, tampak meringis, tampak lemah, tampak aktivitas dibantu oleh asiknya, ada nyeri dada dengan skala nyeri 4 (sedang), TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 24 x/m, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tpm, berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

C. Klasifikasi Data

DS : pasien mengatakan merasa sakit kepala, nyeri dada, lemas saat beraktivitas dan leher tegang, sering terbangun dimalam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya.

DO : wajah tampak pucat, klien tampak meringis dengan skala nyeri 4 (sedang), bibir tampak pucat, wajah tampak pucat, konjungtiva anemis , CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 24 x/m, SPO2 : 95%.

D. Analisa Data

NO	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	Data Subjektif : Pasien mengeluh pusing Data objektif: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik. Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Peningkatan tekanan darah	Perfusi perifer tidak efektif
2	Data subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri dada nyeri seperti ditusuk-tusuk. Data objektif : klien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri (PQRST): P: Nyeri disebabkan peningkatan tekanan	Agen pencederaan fisiologi	Nyeri akut

	darah		
	Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk		
	R: Nyeri pada bagian dada		
	S: Skala nyeri 4 (nyeri sedang)		
	T: Nyeri dirasakan 1-5 menit kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%.		
3	Data subjektif: Pasien mengatakan badannya terasa lemah Data objektif: klien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, sebagian aktivitas pasien dibantu ibunya, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas
4	Data subjektif : Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya. Data objektif : Pasien tampak lemah, pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT>3 detik, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%, terpasang infus NaCl 20 tetes/menit. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur

E. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang menjadi prioritas masalah dari kasus ini adalah perfusi perifer tidak efektif karena dapat mengancam nyawa dan harus segera mendapatkan pengobatan dan perawatan. Sedangkan untuk masalah nyeri akut, intoleransi aktivitas dan gangguan pola tidur merupakan prioritas kedua dan ketiga karena dapat mengancam kesehatan.

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan:

Data subjektif : klien mengeluh kepala sakit

Data objektif : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan:

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri dada dan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk

Data objektif : pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri (PQRST)

P : Nyeri disebabkan peningkatan tekanan

darah

Q : Nyeri seperti di tusuk-tusuk

R : Nyeri pada bagian dada dan kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Nyeri dirasakan 1-5 menit

Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9 % TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan:

Data subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya

Data objektif : pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.

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

Data subjektif : pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya

Data objektif : pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3

detik, kesadaran composmetis, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm..

F. Rencana keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS : klien mengeluh kepala sakit DO : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun. 2. Pengisian kapiler membaik. 3. Turgor kulit membaik. 4. Tekanan darah sistolik membaik. 5. Tekanan darah diastolik membaik	1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi 3. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan Darah 4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi	1. Rasional: Diperlukan untuk mengetahui tindakan apa yang akan dilaksanakan selanjutnya dan agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut. 2. Mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan sirkulasi. 3. Mengontrol tekanan darah agar dalam kondisi normal 4. Mengetahui apakah pasien sudah melaksanakan program yang ditetapkan serta untuk memperbaiki sirkulasi

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan: DS: pasien mengatakan nyeri dada dan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk DO: pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri Nyeri disebabkan peningkatan tekanan (PQRST) P: Nyeri di sebabakn tekanan darah Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri di bagian kepala dan dada S: skala nyeri (1-4) T: nyeri di rasakan (1-5) menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Sikap proktektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan. 2. Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan 3. Membantu merilekskan otak dan mengurangi rasa sakit. 4. Rangsangan yang berlebihan dari lingkungan akan memperberat rasa nyeri 5. Terapi nonfarmakologis melalui peningkatan endorphin transmisi sinyal antara sel saraf menjadi
---	--	---	---	--

				menurun sehingga dapat menurunkan ambang Menentukan tindakan yang tepat bagi pasien sesuai kondisi nyeri yang dirasakan batas nyeri 6. pemberian analgetik dapat
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tampak meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Sikap proktektif menurun 5. Kesulitan tidur menurun	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Anjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas 3. Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan	1. Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan 2. Dengan mengurangi aktivitas dapat mengurangi kelelahan 3. Meningkatkan kenyamanan istirahat serta dukungan fisiologis/psikologis 4. Agar pasien tidak

			istirahat 4. Anjurkan klien untuk mengurangi aktivitas yang berat 5. Ajurkan tirah baring	mengalami kelelahan akibat aktivitas yang berat. 5. Dengan tirah baring yang cukup membantu mengoptimalkan atau mencukupi kebutuhan istirahat pasien
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO:pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi	Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan lingkungan d.d Tujuan:Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Observasi 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang	

	Badan : 160 cm..	4. Keluhan istirahat tidak cukup men	mengganggu tidur Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama	
--	------------------	--------------------------------------	--	--

			sakit 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur	
--	--	--	---	--

G. Implentasi Keperawatan

Hari Pertama Junad 13 september 2024

No	Diagnose keperawatan	Hari/tgl	Jam	Intervensi Keperawatan	Evaluasi
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS : klien mengeluh kepala sakit DO : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD 140/100 mmHg, suhu : 37 ⁰ C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	Jumad 13 september 2024	08:00 08:30 09:20 10:00	Melakukan vital sign dengan hasil: TD: 140/100 mmHg, N:84x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SPO2:98% Memeriksa sirkulasi. Hasil: CRT >3 detik. Mengidentifikasi Faktor resiko gangguan sirkulasi. Hasil: pasien mengatakan menderita penyakit tekanan darah sejak 1 tahun lalu. Mengajar program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil:	S: Pasien masih mengeluh pusing O: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik.kesadran composmetis terpasanginfus Nacl 0,9% 20 tetes/m TD: 140/100mmHg N: 89xm, S: 36,8°C,

			12:00	mengjarkan pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang-kacang serta mengurangi konsumsi garam, kopi, secara berlebihan. Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.	RR: 20xm, SPO2: 98% A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi nomor 1,2,3,4
--	--	--	-------	---	--

2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan: DS: pasien mengatakan nyeri dada dan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk DO: pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri Nyeri disebabkan peningkatan tekanan (PQRST) P: Nyeri di sebabakn tekanan darah Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri di bagian kepala dan dada S: skala nyeri (1-4) T: nyeri di rasakan (1-5) menit		08:30 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Hasil: pasien mengatakan nyeri kepala bagian belakang, nyeri seperti ditususk –tusuk. 08:35 Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) 08:40 Mengajarkan teknik nonfarmakologi unruk mengurangi rasa nyeri hasil: mengajarkan pada pasien tarik nafas melalui hidung dalam hitungan 3 detik hembuskan melalui mulut. 09:00 Mengontrol lingkungan yang	S: pasien mengatakan kepalanya masih terasa sakit. O: pasien tampak meringis., skala nyeri 4 (nyeri sedang),kesadran composmetis terpasang infus Nacl: 0,9 % 20 tetes/m TD: 140/100 mmHg, N: 89x/m, S: 36,8°C, RR: 20x/m, SPO2: 98%.	

			10:10	meperberat rasa nyeri dengan cara mebatasi pengunjung, Mengkolaborasi pemberian analgetik Hasil: melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/iv.	A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,6
			10:30	Menganjurkan pasien istirahat.	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C,		10:40	Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak aktivitas dengan Hasil: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas,	S: Pasien mengatakan badanya masih terasa lemas O: Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis
			11:50	Mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas berat	CRT>3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl,

	pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.		11:59 12:05	Menganjurkan pasien tirah baring hasil: pasien mengikuti anjuran tersebut Mengidentifikasi gangguan perfusi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: pasien mengatakan ia merasa sakit kepala dan lemah ketika kembali dari toilet.	0,9% 20 tetes/menit TD: 140/100 mmHg, N: 89x/m, S: 36,8°C,RR: 20x/m, SPO2 98%. A: masalah intoleransi aktivitas belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi nomor 1,2,3,4
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena		11:00	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur Hasil: pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya.	S:keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam, karena

				cukup selama sakit untuk memepercepat proses penyembuhan Hasil: keluarga memahami dan mengikuti anjuran tersebut.	P: Lanjutkan intervensi nomor 1,2,3,4,5
--	--	--	--	---	---

Hari Ke Dua Sabtu,14 September 2024

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl	jam	Intervensi Keperawatan	Evalauasi
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS : klien mengeluh kepala sakit DO : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD	Sabtu,14 September 2024	07:00 08:40 10:40	Melakukan vital sign Hasil: TD, 140/100 mmHg, N: 87x/m, S: 37C, RR: 23x/m, SPO2: 99% Memeriksa sirkulasi perifer, Hasil: CRT > 3 detik. Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil:	S: Pasien mengeluh masih mersa pusing. O: kulit tampak pucat konjungtiva anemis wajah tampak pucat, CRT > 3 detik kesadaran

	140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.		12:00	mengajar pasien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau, kacang-kacangan, Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.	composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD: 140/100 mmHg, N: 88x/m, S: 37,5, RR: 24 x/m, SPO2: 99% A: Masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P: Lanjutkan Intervensi 2,3,4
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan: DS: pasien mengatakan nyeri dada		08:00 10:15	Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: skala nyeri 4 (nyeri sedang) Mengkolaborasi pemberian	S: pasien mengatakan sakit kepala berkurang O: wajah tampak

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.		11:40 11:50 12:00 12:20	Menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak aktivitas Hasi: pasien mengatakan selama sakit sudah mengurangi aktivitas Menganjurka tirah baring Menganjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat Mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan dengan cara mengurangi aktivitas yang berat.	S: Klien mengatakan badanya masih terasa lemas O: Klien tampak, pucat konjungtiva anemis, CRT >3 detik kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/m, TD: 140/100 mmHg, N: 88x/m S:37, RR: 24x/m, SPO2:99%.

					A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: Lanjutkan Intervensi Nomor 1,2,4
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 37,0 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat		12:30 12:40 12:50	Menetapkan jadwal tidur rutin menjaga pola tidur agar tidak berantakan Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit karena menjadi bagian penting dalam penyakit	S: Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari karena merasa sakit di belakang leher O: KU baik, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat sedikit berkurang, kesadaran

	badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm..				composmetik, pasien tampak lelah, pasien menguap, TD: 140/100 mmHg, S: 37, RR: 24x/m, N: 88x/m. A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: Lanjutkan Intervensi 1,2,3
--	--	--	--	--	---

H. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan perkembangan
Minggu, 15 September 2024	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan darah ditandai dengan: DS: klien mengeluh kepala sakit DO: kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik . Kesadaran	Subjektif: Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing sudah mulai berkurang Objektif: : kulit tampak pucat, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT >3 detik H:5, 80 gr/dl. KU: baik, kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit.TD:140/100 mmHg, N:88x/menit,S: 37,5°C, RR: 24x/menit, SPO2 : 99%. Asesment :masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi Planing : intervensi 1, 3, 4 dilanjutkan Implementasi : pukul 08.00 melakukan vital sign. Hasil: TD: 140/100 mmHg N: 86X/menit S: 36,80 C, RR: 22X/menit SPO2: 98%. Jam 09.30 WITA memeriksa sirkulasi perifer. Hasil: CRT > 3 detik. pukul 10.00 WITA mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi. Hasil: mengajarkan klien untuk mengkonsumsi makanan seperti sayuran hijau dan kacang- kacang. Pukul 10.20 WITA

	composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit. TD 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit: 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral Evaluasi: pukul 13.00 Subjektif : pasien mengatakan pusingnya sudah berkurang Objektif : konjungtiva anemis, wajah tampak pucat berkurang, CRT < 3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit. A: Masalah perfusi perifer tidak efektif sebagian teratasi. P: Intervensi dihentikan
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera	Subjektif : pasien mengatakan sakit kepala yang dirasakan sudah mulai berkurang. Objektif : klien tampak mulai rileks, skala nyeri 1 (nyeri ringan). KU: baik, kesadaran

	fisiologis ditandai dengan: DS: pasien mengatakan nyeri dada dan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk DO: pasien tampak meringis, skala nyeri 4 (nyeri sedang), Pengakajian nyeri Nyeri disebabkan peningkatan tekanan (PQRST) P: Nyeri di sebabakn	composmetis TD:140/100 mmHg, N:86x/menit, S: 36,8°C, RR: 22x/menit, SPO2 : 98%, terpasang infus Nacl 20 tetes/menit. Assesmant : Masalah nyeri akut sebagian teratasi. Planning : Lanjutkan ntervensi 1 dan 2 dan 6 Implementasi : pukul 08.20 WITA mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien dengan hasil pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan, pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10). Jam 10.15 melayani pemberian obat paracetamol 3x1 gr/IV Evaluasi: pukul 13.00 WITA Subyektif : pasien mengatakan nyeri sudah tidak dirasakan. Obyektif : pasien tampak rileks, skala nyeri 0 (0-10) , CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit. A: Masalah nyeri akut telah teratasi. P: Hentikan intervensi.
--	---	--

	tekanan darah Q: Nyeri seperti di tusuk-tusuk R: Nyeri di bagian kepala dan dada S: skala nyeri (1-4) T: nyeri di rasakan (1-5) menit	
	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik ditandai dengan: DS: pasien mengatakan sering	Subyektif : pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi. Obyektif : Tampak segar dan masih sedikit pucat. Assesment : Masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian. Planning : intervensi dilanjutkan Implementasi : Pukul 09.10 WITA menganjurkan pasien untuk tidak terlalu banyak beraktivitas hasil: pasien mengatakan selama

terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus Nacl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100 mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m,	sakit sudah mengurangi aktiviatas. Pukul 09.20 WITA menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi protein dan tinggi serat, pasien serta keluarga menyuapinya. Evaluasi pukul 13.00 Subjektif : klien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemah lagi Objektif : pasien tampak segar, pucat berkurang, CRT <3 detik. KU: baik, Kesadaran composmetis terpasang infus Nacl 0,9% 8 tetes/menit. A: Masalah intoleransi aktivitas telah teratasi. P: Hentikan intervensi.
--	--

	SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm.	
	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai	Subjektif : Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan baik dan nyenyak. Objektif : KU: Baik, Kesadaran Composmentis, Tanda-tanda vital: TD: 140/100 mmHg, S: 36,8°C, RR: 22X/mnt, N: 86 x/ mnt, spo2: 98%. Assesment : Masalah Gangguan pola tidur teratasi. Planning : Intervensi dipertahankan. Implementasi : Jam 11.20 Membatasi pengunjung di dalam ruangan untuk mengurangi kebisingan agar pasien dapat beristirahat. Evaluasi pukul 13.00 Subjektif : Pasien mengatakan

	dengan: DS: pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa sakit dibelakang lehernya DO: pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, kesadaran composmetis, terpasang infus NaCl 0,9% 20 tetes/menit, TD: 140/100	tidurnya nyenyak Objektif : 140/100 mmHg, S: 36,8°C, N: 86x/menit, RR: 22x/menit, SPO2: 98% A: Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi P: Intervensi dihentikan.
--	---	---

	mmHg, suhu : 370 C, pernapasan : 22 x/m, SPO2 : 95%. Berat Badan saat ini : 63 Kg, berat badan sebelum sakit : 65 Kg, tinggi Badan : 160 cm..	
--	---	--

LAMPIRAN 4**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maria Eustakia Gela

NIM : PO 5303202210022

Prodi : D-III Keperawatan Ende

Dengan ini menyatakan bahwa apabila saya tidak menyelesaikan kewajiban (Tugas) saya sampai dengan sebelum UKOM, maka untuk sementara waktu saya bersedia tidak menerima ijazah sampai kewajiban (Tugas) saya tersebut diselesaikan.

Surat pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Apabila saya tidak menepati kewajiban tersebut maka saya bersedia menerima konsekuensi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ende, 22 Juli 2025

Hormat Saya



Maria Eustakia Gela
NIM: PO5303202210022

LAMPIRAN 5



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Lila, Oeboho,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<http://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 : Maria Eustakia Gela
 Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202210022
 Dosen Pembimbing : Irwan Budiana, s.kep. Ns.,M.Kep
 Dosen Penguji : Rifatunnisa, s. Kep., Ns., M. Kep
 Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan eNDE
 Judul Karya Ilmiah : **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN NY M.S**

DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **24,53%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 29 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism


 Murry Jermias Kale SST
 NIP. 19850704201012100

LAMPIRAN 6



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**LEMBAR KONSUL KTI**

Nama : Maria Eustakia Gela

NIM : PO.5303202210022

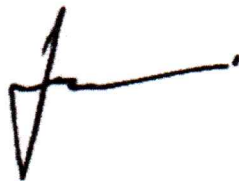
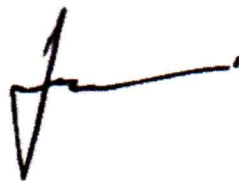
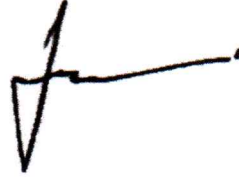
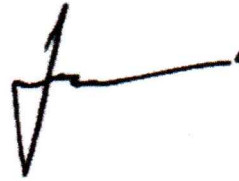
Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Pembimbing Pendamping : Rif'atunnisa, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	05-09-2023	Latar belakang	1. jumlah kasus 2. permasalahan askep atau hasil pengamatan 3. peran perawat dalam pelaksanaannya 4. penelitian yang berkaitan minimal 3 penelitian oaring 5. reverensi	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
2.	11-09-2023	Latar belakang	1. jurnal diketik pakai nama 2. daftar pustaka dimasukan ke satu folder 3. peran perawat yang langsung turun ke RS untuk meneliti 4. peran perawat dan kasus dibuat piramida dari global dan ende	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
3.	9-09-2023	Latar belakang	1. harus ada data dalam kabupaten ende 2. data harus lengkap	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

	22-11-2023	Latar belakang	1. permasalahan askep di narasi 2. penelitian harus ada 1-2 masalah kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
	8-02-2024	Latar belakang	1. kesenjangan dalam kasus dan teori	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
	9-04-2024	Latar belakang	1. permasalahan asuhan keperawatan 2. belum melaksanakan sesuai kompetensi	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
7	01-05-2024	Latar belakang	1. uraikan masalah pengkajian sampai evaluasi 2. sumber semua harus masuk ke daftar pustaka	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

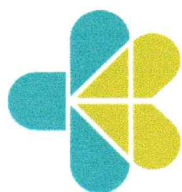
8	5-05-2024	Latar belakang	1. ubah kembali data yang ada di NTT 2. tambahkan pola-pola	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
9	10-06-2024	Latar belakang	1. tambahkan peran perawat 2. tambahkan faktor-faktor yang berkaitan dengan kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
10	15-07-2024		1. lengkapi dari Bab 1-3 2. lengkapi daftar pustaka	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
11	25-07-2024		1. ACC 2. siap ujian	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

11	25-09-2024	Pengkajian	1. lengkapi pengkajian 2. samakan data DS dan DO sesuai teori 3. perbaiki pembahasan	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
12	21-10-2024	Penkajian atau (prioritas masalh)	1. perbaiki cara pengetikan 2. tanbahkan refresi pathway	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
12	28-11-2024	Tabulsi data implementasi	1. tambahkan data penunjang pada tabulasi data	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
13	10-12-2024		2. ACC 3. Siap ujian kasus	 Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

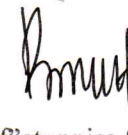
Aris Wawomeo, M., Kep.,Ns.,Sp.Kep.,Kom**NIP: 196601141991021001**

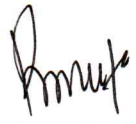


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**LEMBAR KONSUL PROPOSAL DAN KTI**

Nama : Maria Eustakia Gela
 NIM : PO.5303202210022
 Pembimbing Utama : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
 Pembimbing Pendamping : Rif'atunnisa,S,Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf Pembimbing
1.	26 Agustus 2024	Bab II Tinjauan teoritis	1. Ubah tabel klasifikasi hipertensi. 2. perbaiki rumusan masalah 3. tambahkan data DS dan DO 4. perbaiki penomoran 5. tambahkan refrensi dan masukan ke daftar pustaka kurang lebih 24 referensi	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep
2.	6 September 2024 7 september 2024	BAB II tinjauan teoritis	1. perbaiki cara pengetikan 2. perbaiki penomoran 3. tambahkan data DS dan DO 4. Buat leaflet Hipertensi 1. ACC 2. Siap turun kasus	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep  Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep

3.	10 Juni 2025	Bab IV Pengkajian	1. perbaiki di latar belakang 2. tambahkan keluhan utama pada pasien 3. masukan data sesuai keluhan pasien 4. perbaiki cara pengetikan 5. masukan daftar pustaka yang benar	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep
4	4 juli 2025	BAB IV pengkajain	1. masukan data pasien sesuai keluhan 2. masukan kesenjangan pada kasus dan-teori 3. pembahasan harus berurutan dari pengkajain sampe evaluasi 4. perbaiki cara pengetikan	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep
5	11 maret 2025	BAB IIII pengkajain	1. perbaiki cara pengetikan 2. masukan daftar pustaka yang benar 3. tambahkan pemeriksaan fisik yang spesifik 4. perhatikan huruf besar kecil 5. spasi koma dan tanda baca	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep
6	13 Agustus 2025		1. ACC	 Rif'atunnisa,S, Kep.,Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

NIP: 196601141991021001

LAMPIRAN 7**7 DAFTAR RIWAYAT HIDUP****A. DATA DIRI**

Nama : Maria Eustakia Gela

Tempat Tanggal Lahir: Ngalupolo, 30 Mei 2000

Alamat: Jln Udayana

Jenis Kelamin: Perempuan

Agama: Katolik

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SDK ST YOSEPH NGALUPOLO 2008-2013
2. SMP NEGERI 2 NDONA 2013-2016
3. SMA NEGERI 1 ENDE 2017-2019

MOTTO

“BERANI BERMIMPI, BERANI MENCAPAI”