

## **BAB IV**

### **STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Studi Kasus**

##### **1. Gambaran Lokasi Studi Kasus**

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di JL. Prof. W.Z. Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III yang digunakan bagi klien yang menderita penyakit dalam salah satunya Hipertensi. Ruangan penyakit dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas 19 tempat tidur yang terdiri dari ruang A dengan jumlah 7 tempat tidur, ruang B dengan jumlah 7 tempat tidur, ruang C dengan jumlah 5 tempat tidur. Penyakit yang di rawat di ruangan penyakit dalam diantaranya Faringitis Akut, Pneumonia, DM, CHF, CKD, SNH, Hipertensi, Hipokalemia, Asma, dan Sepsis.

##### **2. Studi Kasus**

Studi kasus dilakukan pada Tn. F. S. Yang berumur 38 tahun di Ruangan Penyakit Dalam III RSUD Ende khususnya ruangan B2.

###### **a. Pengkajian**

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 3 Juli 2025 pukul 16.40 WITA di Ruangan Penyakit Dalam RSUD Ende.

###### **1) Pengumpulan Data**

Pasien Tn. F. S. Berjenis kelamin laki-laki, beragama katolik, status sudah menikah, pendidikan terakhir SMA, pasien tinggal

Detusoko, pasien masuk rumah sakit tanggal 3 Juli 2025 dengan diagnosa medis Hipertensi Emergency. Penanggung jawab pasien Ny. A. R. berumur 38 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Detusoko, hubungan dengan pasien ialah istri.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan Saat Ini

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh pusing berputar, leher tegang, mengeluh lemah.

2. Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatakan pusing berputar dan leher tegang sejak siang kemarin sampai jam 04.00 WITA dini hari tanggal 3 Juli 2025, pasien mengeluh lemah, sehingga keluarga membawa pasien ke RSUD Ende.

3. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien masuk rumah sakit karena pusing berputar dan leher tegang sejak siang kemarin hingga subuh dini hari sehingga keluarga memutuskan membawa pasien ke RSUD Ende pada hari Kamis tanggal 3 Juli 2025 di IGD. Saat di IGD perawat memberikan terapi obat captopril 25mg per oral untuk menurunkan tekanan darah karena tekanan darah pasien 200/140, perawat memasang infus

Nacl 20 tpm. Kemudian pada jam 08.30 WITA pasien di pindahkan ke Ruang Penyakit Dalam III. Saat ini pasien masih merasa pusing berputar, dan leher tegang.

4. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga mengatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi sebelum dibawa ke rumah sakit ialah istirahat dan menggosok minyak di leher.

b) Status kesehatan masa lalu

1. Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah memeriksa kesehatannya pada tahun 2017 di puskesmas dengan hasil tekanan darahnya tinggi.

2. Pernah dirawat/tidak di rumah sakit

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, saat ada keluhan pasien tidak pergi untuk memeriksakan tapi hanya langsung membeli obat.

3. Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi baik makanan maupun obat-obatan.

4. Kebiasaan

Pasien mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi dalam sehari 2 gelas, dan sering mengonsumsi alkohol.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dari keluarga yaitu bapak.

d) Diagnosa medis dan therapy yang di dapat sebelumnya

Pasien mengatakan therapy yang di dapat sebelumnya obat anti hipertensi namun tidak ruting dalam mengonsumsi.

e) Pola kebutuhan dasar

1. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pasien dan keluarga pasien mengatakan bahwa sebelumnya pasien kadang mengeluh pusing dan leher terasa kaku namun pasien hanya istirahat dan tidur untuk menghilangkan gejala tersebut. Pasien sudah tahu tentang hipertensi namun jarang melakukan kontrol kesehatan.

2. Pola Nutrisi-Metabolik

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari, jenis lauk seperti ikan goreng, ikan kuah, sayur daun ubi santan, sayur kangkung. Nafsu makan baik, porsi makan banyak dan selalu dihabiskan, pasien tidak mengetahui makanan yang harus dihindari, sering mengonsumsi alkohol dan kopi, minum air putih dalam sehari 5 hingga 6 gelas ( $\pm 1.250$  cc).

Saat sakit: pasien mengatakan nafsu makan baik, pasien makan 3 kali sehari, jenis makanan diet rendah garam dengan sayur labu jepang dan ayam kadang ikan, porsi makan dihabiskan. Minum dalam sehari 3-4 gelas ( $\pm 1.000$  cc).

### 3. Pola eliminasi

#### BAB

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1 hingga 2 kali dalam sehari, konsistensi feses lunak dan berwarna kuning kecoklatan.

Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit pasien BAB 1 kali dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan.

#### BAK

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK 5 hingga 6 kali dalam sehari, warna urin kuning bening.

Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit pasien BAK 3 sampai 4 kali sehari, di tempat tidur menggunakan pispot, urin berwarna kuning bening.

### 4. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri seperti bertani.

Saat sakit: keluarga pasien mengatakan pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan dan minum, berpakaian, namun masih lemah sehingga perlu dibantu keluarga untuk berpindah dan toileting.

5. Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan semua panca inderanya dalam keadaan normal seperti penglihatan baik, penciuman baik, pendengaran baik, ingatan baik, mampu mengenal waktu, tempat dan orang.

6. Pola persepsi konsep diri

Pasien mengatakan ia adalah seorang laki-laki bernama Tn. F. S. Berumur 38 tahun bekerja sebagai petani, saat ini pasien mengetahui dirinya. Pasien mengatakan ia adalah seorang pasien yang sedang dirawat di RS. Pasien mengatakan ia bisa menerima keadaan saat ini hanya terbaring di tempat tidur dan ia mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul bersama keluarganya. Pasien mengatakan ia dihargai oleh keluarga, dokter, perawat, dan pengunjung lainnya.

7. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: pasien mengatakan biasa tidur malam jam 23.00 WITA dan bangun pagi jam 08.00 WITA.

Pasien mengatakan tidurnya nyenyak.

Saat sakit: pasien mengatakan tidur malam jam 22.00 WITA dan bangun jam 06.00 WITA, tidur siang jam 12.00 WITA dan bangun jam 13.30 WITA.

#### 8. Pola peran hubungan

Pasien dan keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien memiliki hubungan baik dengan keluarga maupun tetangga di sekitar rumah, bahkan saat sakit pasien juga memiliki hubungan baik bersama keluarga dan tetangganya sesekali mengunjungi pasien saat di rawat di RS.

#### 9. Pola seksual dan reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada keluhan mengenai organ reproduksinya. Saat ini pasien mengatakan saat sakit tidak ada keluhan mengenai reproduksinya.

#### 10. Pola toleransi stress koping

Pasien mengatakan saat terjadi masalah dalam keluarga pasien selalu menyelesaikan secara baik-baik. Saat ini pasien mengatakan tidak khawatir dengan sakitnya, pasien merasa yakin bahwa ia akan sembuh.

#### 11. Pola nilai kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama katolik, setiap hari minggu pasien pergi ke gereja.

f) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis, GCS: 15 (E:4 V:5 M:6). Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 190/120 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 37,1°C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%.

**Kepala**

Inspeksi : Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi

**Wajah**

Inspeksi : Nampak lesuh, pucat.

**Mata**

Inspeksi : Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih

**Hidung**

Inspeksi : Bentuk hidung simetris, tidak ada sekret

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

**Mulut**

Inspeksi : Mukosa bibir kering, lidah bersih

**Telinga**

Inspeksi : Bentuk telinga simetris, tidak ada serumen

**Leher**

Inspeksi : Bentuk leher simetris, tidak ada lesi

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis

**Thorax**

(paru-paru)

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu pernapasan O<sub>2</sub>

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Suara sonor

Auskultasi : Suara paru vesikuler

(Jantung)

Inspeksi : bentuk dada simetris

Palpasi : Denyut jantung kuat, Frekuensi jantung 76x/menit

Perkusi : Tidak ada pergeseran batas jantung (cardiomegaly)

Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 (lub-dub)

**Abdomen**

Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Suara abdomen normal ( timpani)

**Ekstremitas atas**

Inspeksi : Terpasang infus Nacl 0,9% 20 tpm di tangan kanan

Palpasi : Akral teraba dingin ,CRT <3 detik.

g) Terapi pengobatan

Tanggal 3 Juli 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Captopril 3x25mg per oral.

Tanggal 4 Juli 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Nipedipine 2x10mg per oral,

Lisinopril 1x10mg per oral, Omeprazole 2x40mg/IV.

Tanggal 5 Juli 2025

Infus Nacl 0,9% 20 tpm, Nipedipine 2x10mg per oral,

Lisinopril 1x10mg per oral, Omeprazole 2x40mg/IV.

3) Tabulasi Data

Pasien mengeluh pusing berputar, leher tegang, mengeluh lemah, pasien sudah tahu tentang hipertensi namun jarang melakukan kontrol kesehatan, pasien tidak mengetahui makanan yang harus dihindari, aktivitas dibantu (toileting), keadaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis, GCS: 15 (E:4 V:5 M:6), wajah nampak lesu, pucat, akral teraba dingin, Tanda-tanda vital (Tekanan Darah: 190/120 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 37,1°C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%).

4) Klasifikasi Data

**Data Subjektif:** Pasien mengeluh pusing berputar, leher tegang, mengeluh lemah, pasien sudah tahu tentang hipertensi namun jarang melakukan kontrol kesehatan, pasien tidak mengetahui makanan yang harus dihindari, aktivitas dibantu (berpindah dan toileting).

**Data Objektif:** wajah nampak lesu, pucat, keadaan umum: lemah, tingkat kesadaran: composmentis, GCS: 15 (E:4 V:5 M:6), akral teraba dingin, Tanda-tanda vital (Tekanan darah: 190/120 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 37,1°C, RR: 20x/menit, SPO2: 98%).

#### 5) Analisa Data

Sign and symptom	Etiologi	Problem
Data Subjektif: pasien mengeluh pusing berputar, leher tegang Data Objektif: akral teraba dingin, TD: 190/120MmHg, N:76x/menit, S:37,1°C, RR:20x/menit, SPO2:98%.	Hipertensi	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
Data Subjektif: pasien mengeluh lemah, aktivitas dibantu (berpindah dan toileting) Data Objektif: pasien nampak lemah, TD: 190/120MmHg, N:76x/menit, S:37,1°C, RR:20x/menit, SPO2:98%.	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas
Data Subjektif: pasien sudah tahu tentang hipertensi namun jarang melakukan kontrol kesehatan, pasien tidak mengetahui makanan yang harus dihindari Data Objektif: TD: 190/120MmHg, N:76x/menit, S:37,1°C, RR:20x/menit, SPO2:98%.	Kurang Terpapar Informasi	Defisit Pengetahuan

#### b. Diagnosa Keperawatan

- 1) Resiko Perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan:

Data Subjektif: Pasien mengeluh pusing berputar, leher tegang

Data Objektif: akral teraba dingin, TD: 190/120MmHg,  
N:76x/menit, S:37,1°C, RR:20x/menit, SPO2:98%.

- 2) Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan di tandai dengan:

Data Subjektif: pasien mengeluh lemah, aktivitas dibantu (berpindah dan toileting)

Data Objektif: pasien nampak lemah, TD: 190/120MmHg,  
N:76x/menit, S:37,1°C, RR:20x/menit, SPO2:98%.

- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan:

Data Subjektif: pasien sudah tahu tentang hipertensi namun jarang melakukan kontrol kesehatan, pasien tidak mengetahui makanan yang harus dihindari.

Data Objektif: TD: 190/120MmHg, N:76x/menit, S:37,1°C,  
RR:20x/menit, SPO2:98%.

c. Perencanaan Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan, terlebih dahulu menentukan prioritas masalah. Prioritas masalah ditentukan untuk mengetahui diagnosa keperawatan yang akan diberikan intervensi keperawatan terlebih dahulu.

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif
2. Intoleransi aktivitas

### 3. Defisit pengetahuan

Berdasarkan prioritas masalah tersebut, selanjutnya akan dibuat rencana keperawatan sebagai berikut:

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah perfusi serebral tidak efektif teratasi.

Kriteria hasil:

- 1) Tekanan darah sistolik cukup membaik (4)
- 2) Tekanan darah diastolik cukup membaik (4)

Intervensi:

Observasi

1. Monitor peningkatan TD

Rasional: Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan gangguan aliran darah ke otak (perfusi serebral). Pemantauan tekanan darah penting untuk mendeteksi perubahan yang dapat memperburuk kondisi neurologis pasien.

2. Monitor penurunan frekuensi jantung

Rasional: Bradikardia dapat menjadi tanda peningkatan tekanan intrakranial. Pemantauan denyut jantung

membantu dalam mendeteksi tanda-tanda gangguan perfusi otak.

### 3. Monitor iregularitas irama napas

Rasional: Irama napas yang tidak teratur dapat menandakan gangguan sistem saraf pusat akibat perfusi serebral yang tidak adekuat.

### 4. Monitor kadar CO<sub>2</sub>

Rasional: Hiperkapnia (peningkatan CO<sub>2</sub>) dapat menyebabkan vasodilatasi serebral, yang meningkatkan tekanan intrakranial dan memperburuk perfusi serebral. Monitoring penting untuk mencegah komplikasi.

## Edukasi

### 5. Anjurkan pasien menjaga pola makan

Rasional: Pola makan yang sehat (rendah garam, lemak jenuh, dan tinggi serat) membantu mengontrol tekanan darah, yang merupakan faktor utama dalam mencegah gangguan perfusi serebral.

## Kolaborasi

### 6. Kolaborasi pemberian obat

Rasional: Obat antihipertensi atau penurun tekanan intrakranial harus diberikan sesuai resep medis untuk menurunkan tekanan darah dan menjaga aliran darah ke otak tetap adekuat. Perawat berperan penting dalam mengamati efek samping dan respons terhadap terapi.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi

Kriteria hasil:

1. Perasaan lemah menurun (5)
2. Tekanan darah membaik (5)

Intervensi:

Observasi

1. Monitor pola tidur

Rasional: Tidur yang tidak adekuat dapat memperburuk kelelahan, memengaruhi tekanan darah, serta menurunkan daya tahan tubuh. Pemantauan pola tidur membantu menyesuaikan intervensi untuk mengatasi kelelahan.

Terapeutik

2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur

Rasional: Membantu pasien melakukan aktivitas ringan secara bertahap untuk mencegah hipotensi ortostatik dan menjaga sirkulasi tanpa memberikan beban berlebihan.

#### Edukasi

##### 3. Anjurkan tirah baring

Rasional: Istirahat total diperlukan pada fase awal kelemahan berat untuk mencegah peningkatan kebutuhan oksigen dan kerja jantung secara berlebihan.

##### 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Rasional: Aktivitas fisik bertahap membantu meningkatkan toleransi tubuh terhadap beban kerja secara perlahan, tanpa memicu kelelahan mendadak.

#### Kolaborasi

##### 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

Rasional: Asupan nutrisi yang cukup dan seimbang mendukung pemulihan energi, membantu menjaga tekanan darah normal, serta memperbaiki kondisi fisik pasien secara keseluruhan.

##### 3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 hari diharapkan tingkat pengetahuan meningkat

Kriteria hasil:

1. Perilaku sesuai pengetahuan meningkat (5)
2. Persepsi keliru terhadap masalah menurun (5)

Intervensi:

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: Memberikan informasi dalam bentuk materi dan media (leaflet) membantu pasien lebih mudah memahami dan mengingat informasi yang disampaikan. Media visual dan tertulis juga dapat menjadi referensi ulang setelah sesi edukasi selesai

2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional: Menjadwalkan bersama pasien memastikan kegiatan edukasi dilakukan pada waktu yang tepat, saat pasien dalam kondisi fisik dan mental yang siap, sehingga perhatian dan penerimaan informasi lebih optimal

3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: Memberi ruang untuk bertanya membuat pasien bisa mengklarifikasi hal yang belum dipahami,

menumbuhkan rasa percaya, dan meningkatkan keterlibatan aktif pasien dalam proses perawatan

#### Edukasi

#### 4. Jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan

Rasional: Membantu pasien memahami bahwa kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh penyakit atau pengobatan saja.

Dengan pengetahuan ini, pasien dapat mengidentifikasi faktor risiko yang ada pada dirinya, mengambil langkah pencegahan, serta melakukan perubahan perilaku untuk meningkatkan kualitas hidupnya

d. Implementasi keperawatan pada Tn. F.S. dilakukan selama 3 hari dari tanggal 3-5 Juli 2025.

a) Hari pertama, Kamis 3 Juli 2025

1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul 16.00 mengukur tekanan darah. Pukul 16.03 menghitung frekuensi jantung. Pukul 16.05 menghitung irama napas. Pukul 16.07 mengecek saturasi oksigen. Pukul 16.10 menganjurkan pasien menjaga pola makan yaitu dengan mengurangi garam dan makanan berminyak, goreng-gorengan. Pukul 16.30 memberikan captopril 25mg per oral untuk dikonsumsi setelah makan malam.

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 16.15 memonitor pola tidur pasien. Pukul 16.40 meminta pasien tirah baring. Pukul 16.45 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Pukul 17.00 berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. 19.00 meminta pasien menghabiskan makanan yang telah disajikan.
  - 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 16.30 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Pukul 16.50 memberikan kesempatan bertanya. 16.55 menjelaskan factor resiko hipertensi
- b) Hari kedua, Jumat 4 Juli 2025
- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul Pukul 08.00 mengukur tekadan darah. Pukul 08.03 menghitung frekuensi jantung. Pukul 08.05 menghitung irama napas. Pukul 08.07 mengecek saturasi oksigen. Pukul 08.10 menganjurkan pasien menjaga pola makan yaitu dengan mengurangi garam dan makanan berminyak, goreng-gorengan, menganjurkan untuk mengonsumsi olahan local untuk menurunkan tekanan darah. Pukul 09.30 memberikan captopril 25mg per oral diminum setelah makan siang.

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 08.15 memonitor pola tidur pasien. Pukul 08.40 meminta pasien tirah baring. Pukul 08.45 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Pukul 11.00 berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. 13.00 meminta pasien menghabiskan makanan yang disajikan.
  - 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 09.30 memberikan materi dan media pendidikan kesehatan berupa leaflet hipertensi. Pukul 10.00 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Pukul 10.05 memberikan kesempatan bertanya. 10.10 menjelaskan factor resiko hipertensi
- c) Hari ketiga, Sabtu 5 Juli 2025
- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul 15.00 mengukur tekadan darah. Pukul 15.03 menghitung frekuensi jantung. Pukul 15.05 menghitung irama napas. Pukul 15.07 mengecek saturasi oksigen. Pukul 15.10 menganjurkan pasien menjaga pola makan yaitu dengan mengurangi garam dan makanan berminyak, goreng-gorengan, menganjurkan untuk mengonsumsi olahan local untuk menurunkan tekanan darah. Pukul 18.00 memberikan Nifedipine 10mg dan lesinopril 10mg per oral diminum setelah makan malam.

- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 15.15 memonitor pola tidur pasien. Pukul 15.40 meminta pasien tirah baring. Pukul 15.45 menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Pukul 17.00 berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan. 19.00 meminta pasien menghabiskan makanan yang sudah disajikan.
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 16.30 memberikan materi tentang hipertensi. Pukul 17.00 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Pukul 17.05 memberikan kesempatan bertanya.

e. Evaluasi keperawatan

a) Evaluasi, Kamis 3 Juli 2025

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul 21.00 **Data Subyektif:** pasien masih mengeluh pusing berputar, leher tegang. **Data obyektif:** Tekanan darah: 180/100 MmHg, Nadi: 81x/menit, Suhu: 36,7°C, RR: 19x/menit, SPO2: 98%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 21.00 **Data subyektif:** pasien mengeluh lemah -. **Data**

**Obyektif:** pasien masih nampak lemah, Tekanan darah: 180/100 MmHg, Nadi: 81x/menit, Suhu: 36,7°C, RR: 19x/menit, SPO2: 98%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

- 3) Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 21.00 **Data Subyektif:** pasien dan keluarga pasien mengatakan masih kurang paham terkait penyakit hipertensi. **Data Obyektif:** Tekanan darah: 180/100 MmHg, Nadi: 81x/menit, Suhu: 36,7°C, RR: 19x/menit, SPO2: 98%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

b) Evaluasi, jumat 4 juli 2025

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul 14.00 **Data Subyektif:** pasien mengatakan pusing berkurang. **Data obyektif:** Tekanan darah: 160/100 MmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah teratasi sebagian. **P:** intervensi dilanjutkan.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 14.00 **Data subyektif:** pasien mengatakan lemah berkurang. **Data Obyektif:** pasien masih nampak lemah, Tekanan

darah: 160/100 MmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah sebagian teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

- 3) Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 14.00 **Data Subyektif:** pasien dan keluarga pasien mengatakan paham terkait penyakit hipertensi. **Data Obyektif:** Tekanan darah: 160/100 MmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 19x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan.

c) Evaluasi, sabtu 5 juli 2025

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi. Pukul 21.00 **Data Subyektif:** pasien mengatakan tidak merasa pusing lag. **Data obyektif:** keadaan umum: baik. Kesadaran: composmentis. Tekanan darah: 140/90 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi pertahankan.
- 2) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Pukul 21.00 **Data subyektif:** pasien mengatakan sudah tidak lemah. -. **Data Obyektif:** keadaan umum: baik. Kesadaran: composmentis. Tekanan darah: 140/90 MmHg, Nadi:

76x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah teratasi. **P:** Intervensi pertahankan.

- 3) Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul 21.00 **Data Subyektif:** pasien dan keluarga pasien mengatakan paham terkait penyakit hipertensi. **Data Obyektif:** keadaan umum: baik. Kesadaran: composmentis. Tekanan darah: 140/90 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. **A:** masalah teratasi. **P:** intervensi pertahankan.

## **B. Pembahasan**

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada pasien Tn. F. S. di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi data tentang klien. Fase proses keperawatan ini mencakup empat langkah yakni pengumpulan dari sumber primer (klien), sumber sekunder (keluarga, buku status pasien dan tenaga kesehatan), tabulasi data, klasifikasikan data, serta analisa data sebagai dasar untuk diagnosa menetapkan masalah. Tujuan dari pengkajian adalah

menetapkan dasar data tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman berkaitan, praktik kesehatan, tujuan dan nilai gaya hidup yang dilakukan klien.

Hasil pengkajian pada Tn. F. S. ditemukan keluhan utama berupa pusing berputar, leher tegang, mengeluh lemah. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019), pasien dengan hipertensi umumnya tidak menunjukkan gejala yang khas (asimtomatik). Namun, jika gejala muncul, maka beberapa keluhan yang sering dijumpai meliputi: sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, penglihatan kabur, rasa sesak di dada, dan mudah lelah.

Pada pasien ini tidak ditemukan sakit kepala karena gejala tersebut umumnya muncul pada hipertensi berat akibat peningkatan tekanan intrakranial. Gelisah juga tidak tampak karena tidak terdapat stimulasi saraf simpatis yang berlebihan. Jantung berdebar tidak dirasakan karena tidak ada aritmia atau aktivitas simpatis yang signifikan. Penglihatan kabur tidak terjadi karena belum terdapat retinopati hipertensi. Sesak dada tidak muncul karena belum terjadi komplikasi jantung seperti gagal jantung.

Berdasarkan World Health Organization (WHO, 2015), hipertensi adalah suatu kondisi ketika tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg. Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,1%, namun hanya 8,8% penderita yang terdiagnosis, dan sebanyak 13,3% tidak rutin mengonsumsi obat

antihipertensi. Fakta ini mengindikasikan bahwa sebagian besar penderita hipertensi tidak menyadari kondisi kesehatannya, sehingga tidak mendapatkan edukasi dan pengobatan yang optimal. Sedangkan pada hasil pengkajian terhadap pasien Tn. F. S., ditemukan bahwa pasien memiliki tekanan darah sebesar 190/120 mmHg, tampak lemah secara fisik, dan menunjukkan pemahaman yang kurang terhadap kondisi kesehatannya saat ini. Meskipun tekanan darah pasien menunjukkan kategori hipertensi berat menurut WHO, namun pemahaman pasien terhadap penyakitnya masih rendah, Kemenkes RI menyatakan bahwa banyak penderita hipertensi tidak sadar akan kondisi yang dialaminya. Hal ini menegaskan pentingnya peran edukatif perawat dalam meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan kepatuhan pasien terhadap terapi hipertensi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan memiliki tiga komponen yaitu: sign/symptom, etiologi dan problem. Ketiga komponen tersebut sudah dijelaskan pada teori dan juga sudah digambarkan pada kasus.

Pada kasus Tn. F. S. terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu: resiko perfusi serebral tidak efektif, intoleransi aktivitas, deficit pengetahuan. Menurut Nurarif (2015), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan Hipertensi adalah sebagai berikut: penurunan curah jantung, nyeri akut, intoleransi aktivitas, resiko perfusi serebral tidak efektif, deficit pengetahuan, ansietas, resiko jatuh. Pada teori terdapat masalah penurunan curah jantung tetapi pada kasus Tn F. S. tidak ditemukan masalah

keperawatan tersebut, karena pada pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda penurunan curah jantung seperti ekstremitas dingin, nadi lemah, oliguria, atau edema. Data vital pasien juga masih dalam batas normal, dan tidak ada keluhan sesak atau kelelahan berat yang mengarah pada gangguan pompa jantung.

Pada teori terdapat masalah nyeri akut tetapi pada kasus Tn. F. S. tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut karena biasanya muncul jika pasien mengeluhkan nyeri kepala hebat, dada, atau gejala lain yang bersifat nyeri mendadak dan intens. Dalam kasus ini, pasien hanya mengeluh pusing berputar dan leher tegang tanpa menyebutkan adanya nyeri spesifik yang mengganggu aktivitas. Pada teori terdapat masalah ansietas tetapi pada kasus Tn. F. S. tidak terdapat data subjektif maupun objektif yang menunjukkan adanya kecemasan atau ketegangan emosional yang berlebihan. Pasien tidak mengeluhkan perasaan gelisah, takut, atau tanda psikis lain yang mengarah pada ansietas, sehingga diagnosa ini tidak relevan untuk ditegakkan. Pada teori terdapat masalah resiko jatuh tetapi pada kasus Tn. F. S. karena walaupun pasien mengalami kelemahan dan tekanan darah tinggi, tetapi dalam pengkajian tidak ditemukan data spesifik seperti riwayat jatuh, gangguan keseimbangan berat, gangguan sensorik, atau penggunaan alat bantu jalan, sehingga diagnosa risiko jatuh tidak menjadi prioritas pada kasus ini.

### 3. Perencanaan keperawatan

Secara teori untuk intervensi resiko perfusi serebral tidak efektif ada 9 intervensi, yang penulis lakukan ada 6 intervensi yaitu: monitor TD, monitor penurunan frekuensi jantung, monito iregularitas irama napas, monitor kadar CO<sub>2</sub>, anjurkan pasien menjaga pola makan dengan mengurangi garam dan makanan beminyak, dan kolaborasi pemberian obat antihipertensi, yang tidak penulis lakukan ada 3 intervensi yaitu: Monitor tekanan perfusi serebral (CPP), monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal, Monitor efek stimulus lingkungan terhadap tekanan intracranial.

Monitor tekanan perfusi serebral (CPP), karena monitoring CPP memerlukan penghitungan berdasarkan mean arterial pressure (MAP) dan intracranial pressure (ICP) yang biasanya hanya tersedia di ruang intensif (ICU) dengan peralatan invasif seperti ICP monitor. Pada pasien hipertensi tanpa tanda peningkatan tekanan intrakranial berat, pengukuran CPP tidak dilakukan karena keterbatasan alat dan prosedur invasif tidak menjadi bagian dari praktik standar di ruang perawatan biasa. Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal karena intervensi ini hanya dilakukan pada pasien dengan pemasangan ventricular drain atau lumbar drain untuk mengeluarkan cairan serebrospinal, misalnya pada kasus cedera otak atau hidrocefalus. Pada pasien ini tidak terdapat pemasangan drainase cairan serebrospinal, sehingga monitoring ini tidak relevan dan tidak dapat dilakukan. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap tekanan intrakranial karena pemantauan ini biasanya

dilakukan pada pasien dengan ICP monitoring (misalnya menggunakan kateter intrakranial) untuk melihat respons tekanan intrakranial terhadap stimulus seperti suara, cahaya, atau prosedur perawatan. Karena pasien ini tidak menggunakan alat pengukur ICP dan tidak berada di ruang intensif, maka intervensi ini tidak bisa dilaksanakan.

Untuk intervensi Intoleransi aktivitas ada 9 intervensi, yang penulis lakukan ada 6 intervensi yaitu: monitor pola tidur, fasilitasi duduk di tempat tidur, anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan untuk menambah energi, yang tidak penulis lakukan ada 3 intervensi yaitu: monitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas terapeutik, serta menganjurkan strategi coping untuk mengurangi kelelahan.

Intervensi memonitor kelelahan fisik dan emosional tidak dilakukan karena pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan emosional yang signifikan selama pengkajian. Pasien tampak kooperatif dan tidak menunjukkan gejala stres atau kecemasan, sehingga intervensi ini tidak menjadi prioritas. Intervensi memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas terapeutik juga tidak dilakukan, hal ini karena aktivitas yang diberikan bersifat ringan dan dilakukan dalam batas kemampuan pasien, sehingga potensi ketidaknyamanan minimal. Selain itu, pasien tidak mengeluhkan rasa nyeri atau ketidaknyamanan selama aktivitas berlangsung. Intervensi menganjurkan strategi coping untuk mengurangi

kelelahan tidak dilaksanakan karena pasien tidak memerlukan strategi coping khusus. Pasien tidak menunjukkan adanya masalah psikososial atau tanda kelelahan yang membutuhkan edukasi coping. Waktu perawatan yang terbatas juga menjadi pertimbangan dalam memprioritaskan intervensi yang berdampak langsung pada peningkatan toleransi aktivitas pasien.

Untuk intervensi deficit pengetahuan ada 4 intervensi, penulis melakukan 4 intervensi yaitu: sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor yang dapat mempengaruhi Kesehatan.

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi.

Implementasi yang dilakukan pada Tn. F. S. dengan diagnosa medis hipertensi berdasarkan ketiga diagnosa yang telah ditemukan selama 3 hari, implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang berisi tindakan realisasi mulai dari

mengkaji tanda-tanda vital, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari resiko perfusi serebral tidak efektif, intoleransi aktivitas, dan deficit pengetahuan. Semua intervensi keperawatan yang telah disusun pada pasien Tn. F. S. Dengan diagnosa medis Hipertensi telah di implementasikan selama 3 hari perawatan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi hari pertama semua masalah belum teratasi. Hari kedua masalah deficit pengetahuan teratasi ditandai dengan pasien dan keluarga pasien mengatakan paham terkait penyakit hipertensi, Tekanan darah: 160/100 MmHg, Nadi: 78x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 19x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan .

Hari ketiga masalah resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi ditandai dengan pasien mengatakan tidak merasa pusing lagi, keadaan umum: baik. Kesadaran: composmentis. Tekanan darah: 140/90 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. Dan masalah intoleransi aktivitas teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak lemah, keadaan umum: baik. Kesadaran: composmentis. Tekanan darah: 140/90 MmHg, Nadi: 76x/menit, Suhu: 36,6°C, RR: 20x/menit, SPO2: 99%, terpasang infus Nacl 0.9% 20 tpm di tangan kanan. Setelah dilakukan

implementasi selama 3 hari ditemukan hasil evaluasi teratasi sehingga intervensi dihentikan.