

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. S.D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DIRUANGAN PENYAKIT  
DALAM (RPD III) DI RSUD ENDE  
KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH :**

**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI  
NIM.PO5303202210034**

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

**2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. S.D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DIRUANGAN PENYAKIT  
DALAM (RPD III) DI RSUD ENDE  
KARYA TULIS ILMIAH**

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



**OLEH :**

**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI  
NIM : PO. 5303202210034**

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

**2024**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Sonia Febrianti Julkifli

NIM : PO. 5303202210034

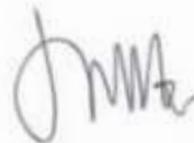
Program Studi : D - III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S.D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan 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, 08 Juli 2024

Yang Membuat Pernyataan



**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI**  
**PO. 5303202210034**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S.D DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
HIPERTENSI DI RUNGAN RPD III  
DI RSUD ENDE**

**OLEH :**

**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI**

**NIM.PO5303202210034**

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

Ende, 05 Juli 2024

Pembimbing



**Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**NIP.199212282020122009**

Disahkan oleh:

Pjh. Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende



**Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.Ns.,M.Sc**

**NIP.197401132002122001**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn.S.D DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI DI RUANGAN PERAWATAN  
PENYAKIT DALAM III RSUD ENDE**

**OLEH:**

**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI**  
**NIM. PO5303202210034**

karya tulis ilmiah ini telah diujikan dan dipertanggung jawabkan pada tanggal

08 Juli 2024

Penguji Ketua



**Irwan Budiana, S.Kep.Ns.,M.Kep.**

NIP. 198906272019021001

Penguji Anggota



**Try Ayu Patmawati, S. Kep.Ns.,M.Kep.**

NIP. 199212282020122009

**Disahkan oleh :**

Mengetahui

Ketua Program Studi Keperawatan Ende  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



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

NIP. 196601141991021001

## **KATA PENGANTAR**

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

1. Bapak Irfan, S.KM., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Dr. Ester Puspa Jelita selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus di RSUD Ende.
3. 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.
4. Ibu Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Bapak Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan masukan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Para dosen dan tenaga kependidikan Program Studi DIII Keperawatan Ende
7. Tn.S.D yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
8. Bapak Julkifli dan Mama Hafisah, adek Taufik, ade Fauzi dan sahabat-sahabat saya Ka desi, Fadila, adek anggung serta semua anggota geng tengkorak lainnya yang selalu memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa angkatan 2021 Program Studi DIII 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 Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya.

Rabu, 08 Juli 2024

Penulis

## ABSTRAK

### **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.S.D dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende**

Sonia Febrianti Julkifli <sup>(1)</sup>

Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep <sup>(2)</sup>

Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep <sup>(3)</sup>

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan dunia yang tidak hanya di negara maju tetapi juga di negara berkembang. Hipertensi menjadi kontributor ke empat kematian dini di negara maju dan ketujuh di negara berkembang.

Menurut World Health Organization (WHO) pada tahun 2019, Indonesia termasuk dalam 10 negara terbesar dimana Indonesia berada dalam urutan ke 6 yang angka populasi hipertensi yang paling tinggi adalah Indonesia dengan total 273.753.

Studi kasus ini bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan pada Tn.S.D dengan Hipertensi dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil studi kasus pada Tn.S.D ditemukan tekanan darah 140/100 mmHg, lemah, leher terasa tegang, penglihatan kabur, pusing, dengan CRT < 3 detik. Masalah yang muncul yaitu : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis, Resiko perfusi serebral berhubungan dengan Penurunan Kinerja Ventrikel Kiri, Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan, Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan masalah keperawatan. Implementasi dilakukan selama 3 hari dan hasil evaluasi yaitu : nyeri akut sebagian teratasi, resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian teratasi, gangguan pola tidur sebagian teratasi, defisit pengetahuan sebagian teratasi.

Oleh karena itu pasien Hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor-faktor yang dapat memperburuk hipertensi serta rutin mengkonsumsi obat secara teratur sesuai anjuran.

Kepustakaan : 22 Buah (2016-2023)

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, hipertensi**

- 1. Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan Ende**
- 2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende**
- 3. Dosen Penguji Program Studi DIII Keperawatan Ende**

## ABSTRACT

### **Nursing Care for Patient Mr. SD with Medical Diagnosis of Hypertension in Internal Medicine Room III, Ende Regional Hospital**

Sonia Febrianti Julkifli <sup>(1)</sup>

Try Ayu Patmawati, S.Kep. ,Ns .,M.Kep <sup>(2)</sup>

Irwan Budiana, S.Kep. ,Ns .,M.Kep <sup>(3)</sup>

Hypertension is one of the world's health problems not only in developed countries but also in developing countries. Hypertension is the fourth contributor to premature death in developed countries and the seventh in developing countries.

According to the World Health Organization (WHO) in 2019, Indonesia was included in the 10 largest countries where Indonesia was ranked 6th with the highest population of hypertension, namely Indonesia with a total of 273,753.

This case study aims to provide nursing care to Mr. SD with Hypertension and analyze the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing care approach that includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation.

The results of the case study on Mr. SD found blood pressure of 140/100 mmHg, weak, tense neck, blurred vision , dizziness , with CRT <3 seconds. The problems that arise are: Acute Pain related to Physiological Injury Agents, Cerebral perfusion risk related to Decreased Left Ventricular Performance, Sleep Pattern Disorders related to Environmental Barriers, Knowledge Deficits related to Lack of Exposure to Information. Nursing interventions carried out based on nursing problems. Implementation jk , uyuydilakukan for 3 days and the results of the evaluation are: acute pain partially resolved, the risk of ineffective cerebral perfusion partially resolved, sleep pattern disorders partially resolved, knowledge deficit partially resolved.

Therefore, hypertension patients should modify their lifestyle to be healthier by avoiding factors that can worsen hypertension and routinely taking medication according to recommendations.

Bibliography: 22 (2016-2023)

**Keywords : Nursing care, hypertension**

**4. Students of the DIII Nursing Study Program in Ende**

**5. Supervisor of DIII Nursing Study Program Ende**

**6. Examining Lecturer for DIII Nursing Study Program Ende**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan .....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi .....	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	17
<b>BAB III METODE STUDI KASUS</b> .....	<b>39</b>
A. Rancangan/Desain Penelitian .....	39

B. Subyek Studi Kasus .....	39
C. Batasan Istilah.....	39
D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus .....	40
E. Metode/ Prosedur Studi Kasus .....	40
F. Teknik Pengumpulan Data.....	40
G. Instrumen Pengumpulan Data .....	41
H. Keabsahan Data .....	42
I. Analisa Data .....	42
<b>BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>44</b>
A. Hasil Studi Kasus.....	44
B. Pembahasan.....	70
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>76</b>
A. Kesimpulan .....	76
B. Saran.....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>79</b>

## DAFTAR TABEL

Darah lengkap .....	51
Terapi Pengobatan .....	51
Analisa Data .....	53

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Phatway .....	12
--------------------------	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan .....	81
Kartu Konsul KTI .....	107
Jadwal Kegiatan .....	116
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus .....	117
Informent Consent.....	118
Daftar Riwayat Hidup .....	119

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan dunia yang tidak hanya di negara maju tetapi juga di negara berkembang. Hipertensi menjadi kontributor ke empat kematian dini di negara maju dan ketujuh di negara berkembang. (Fernaliaetal, 2021). Hipertensi adalah penyebab kematian nomor 3 setelah Stroke dan Tuberkulosis, yakni mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur. Penyakit ini merupakan salah satu pintu masuk atau faktor resiko terjadinya penyakit seperti Jantung, Gagal Ginjal, Diabetes dan Stroke. (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2019, Indonesia termasuk dalam 10 negara terbesar dimana Indonesia berada dalam urutan ke 6 yang angka populasi hipertensi yang paling tinggi adalah Indonesia dengan total 273.753 setelah Iceland dengan total 370 kasus penyakit hipertensi. Berdasarkan hasil laporan kasus Hipertensi di Provinsi NTT tahun 2019, sebanyak 135.703 kasus, pada tahun 2020, jumlah kasus hipertensi sebanyak 133.23 kasus, dimana 90.159 kasus terjadi pada wanita. Jumlah penderita hipertensi di Kabupaten Kupang pada tahun 2020 sebanyak 3.225 orang (Maring., 2022). Berdasarkan Hasil Riskesdas (2018) prevalensi di Kabupaten Ende Sebanyak 36,64% atau 1.398 kasus dan menempati kedudukan ke-4. Penduduk yang terdiagnosa dokter sebanyak 4,67% dan penduduk rutin minum obat sebanyak 4,79% dengan jumlah seluruh 1.405

orang (Riskesdas, 2018). Data dan laporan rekapitulasi di RSUD ENDE data dan laporan rekapitulasi dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD ENDE) dari Ruang Penyakit Dalam (RPD III) bahwa jumlah penderita hipertensi pada tahun 2021 sebanyak 21 kasus sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 55 kasus dan di tahun 2023 pada bulan Januari-Agustus tercatat sudah mencapai 32 penderita hipertensi (Profil RSUD Ende, 2023)

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

Penyakit hipertensi semakin meningkat tiap tahunnya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan pada pasien hipertensi sehingga angka kejadiannya pun bertambah saling berjalannya waktu. Hipertensi dapat dicegah dengan berbagai upaya menjaga gaya hidup. Saat ini, Kementrian Kesehatan berupaya meningkatkan promosi kesehatan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah penyampaian informasi dan

edukasi kesehatan melalui media pembelajaran. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan keinginan masyarakat dalam mencegah dan melakukan perawatan di rumah, sehingga angka hipertensi dapat dikontrol atau dicegah pada masyarakat yang beresiko. Pemberian informasi dan edukasi melalui media pembelajaran, salah satunya booklet diharapkan juga dapat disampaikan kepada orang lain dan anggota keluarga. Booklet yang menarik dan mudah di bawah akan mempermudah penyebaran informasi dan edukasi menggunakan media pembelajaran ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan selfefficacy masyarakat (Aan et al,2017).

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

Peran perawat sebagai pendidik belum terlaksanakan dengan baik sehingga masalah ini belum terselesaikan. Pada umumnya peran perawat sangatlah penting dalam mengurangi dan mencegah peningkatan penyakit hipertensi, peran perawat tidak hanya sebagai pendidik tetapi juga sebagai motivator, educator, kolaborator, advokat, fasilitator, dan konsultan.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada kasus hipertensi perawat mendapat tantangan atau permasalahan kurangnya pemahaman perawat akan penggunaan literature dalam penetapan standar pelayanan seperti harus

menggunakan buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) serta ketidakpatuhan pasien dalam melaksanakan diet hipertensi.

Berdasarkan pengalaman penulis yang biasa ditemukan dilapangan perawat biasanya hanya melakukan pengkajian berdasarkan keluhan pasien kepada keluhan utama dan perawat tidak melakukan pengkajian secara komperensif

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis hipertensi”.

## **B. Rumusan Masalah**

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

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.

- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi.
- f. Menggambarkan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende
- g. Menganalisis kesenjangan yang terjadi antara teori dan pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis hipertensi di Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

##### **1. Bagi Peneliti**

Manfaat bagi peneliti dapat mengetahui penerapan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.

##### **2. Bagi RSUD Ende**

Hasil penulisan karya ilmiah dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende

3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan untuk peningkatan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Hipertensi di RSUD Ende.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi referensi dan sumber rujukan bagi mahasiswa yang akan melakukan studi kasus lebih lanjut terkait topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Hipertensi**

##### **1. Pengertian penyakit Hipertensi**

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

##### **2. Etiologi penyakit Hipertensi**

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

###### **a. Hipertensi esensial (hipertensi primer)**

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

1) Faktor keturunan

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

2) Usia

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

3) Jenis kelamin

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

4) Gaya hidup

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

5) Riwayat keluarga

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

6) Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan hipertensi, sebab rokok mengandung nikotin. Menghisap rokok menyebabkan nikotin terserap oleh pembuluh darah kecil dalam paru-paru dan kemudian akan diedarkan hingga ke otak. Di otak,

nikotin akan memberikan sinyal pada kelenjar adrenal untuk melepaskan epinefrin atau adrenalin yang akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih berat karena tekanan darah yang lebih tinggi.

7) Obesitas

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

8) Kurangnya aktivitas fisik

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

b. Hipertesi sekunder

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

### 3. Patofisiologi penyakit Hipertensi

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

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

merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intravaskuler. Semua factor tersebut cenderung menyebabkan hipertensi (Sari, 2020)

#### 4. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Hipertensi (Sari, 2020)

## **5. Manifestasi klinis penyakit Hipertensi**

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

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

## **6. Komplikasi penyakit Hipertensi**

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

- a. Retinopati

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

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

b. Kardiovaskular

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

c. Ginjal

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

#### d. Otak

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

### **7. Pemeriksaan Diagnostik penyakit Hipertensi**

#### a. Pemeriksaan laboratorium.

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

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

## **8. Penatalaksanaan penyakit Hipertensi**

### **a. Penatalaksanaan Keperawatan**

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

- a) Pembatasan konsumsi garam Terdapat bukti hubungan antara konsumsi garam dan hipertensi. Konsumsi garam berlebih dapat meningkatkan tekanan darah dan meningkatkan prevalensi hipertensi.
- b) Perubahan pola makan Pasien hipertensi disarankan untuk konsumsi makanan seimbang yang mengandung sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan segar, produk susu rendah lemak, gandum, ikan, dan asam lemak tak jenuh (terutama minyak zaitun), serta membatasi asupan daging merah dan asam lemak jenuh.

- c) Penurunan berat badan dan menjaga berat badan ideal
  - d) Olahraga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30-60 menit.
  - e) Mengurangi konsumsi alkohol.
- b. Penatalaksanaan Medis

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

- a) Diuretika
- b) Beta-blocker
- c) Calcium Channel Blockers (CCB)
- d) Golongan anti hipertensi lain
- e) Angiotensin II Reseptor Blokera
- f) Klasium Channel Bloker

## **B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

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

#### a. Pengumpulan Data

Data fokus yang perlu dikaji pada pasien Hipertensi meliputi :

- 1) Identitas meliputi nama pasien.
  - a) Usia : usia > 30 tahun ke atas berpotensi lebih besar terkena hipertensi.
  - b) Jenis Kelamin: Laki-laki lebih berpotensi mengalami hipertensi dibandingkan dengan wanita, dikarenakan beban kerja dan gaya hidup yang lebih sering mengonsumsi alkohol serta merokok.
  - c) Tempat tinggal/alamat : wilayah yang paling beresiko ialah daerah pesisir pantai karena memiliki gaya hidup mengonsumsi natrium serta ikan dan hewan laut yang memiliki kadar kolesterol yang lebih tinggi.
  - d) Pekerjaan : Orang yang bekerja dengan memiliki banyak tekanan akan beresiko mengalami stress sehingga dapat menyebabkan Hipertensi.
  - e) Lingkungan : Kepadatan penduduk dan hunian rumah juga dapat memicu suatu suhu yang panas di wilayah tersebut. Paparan suhu panas yang tinggi mencapai 30°C atau lebih, akan menyebabkan kenaikan tekanan darah atau hipertensi.
  - f) Pendidikan : Tingkat pendidikan yang rendah dapat berpengaruh terhadap kesehatan, dikarenakan pasien tidak paham dengan penyakit yang dialami.

## 2) Riwayat kesehatan

### a) Riwayat kesehatan sekarang

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

### b) Riwayat kesehatan dahulu.

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

### c) Riwayat kesehatan keluarga.

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

## 3) Pemeriksaan pola kesehatan

### a) Pola persepsi kesehatan-pola pemeliharaan kesehatan

Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan merokok, minum alkohol dan penggunaan obat-obatan steroid bisa menjadi faktor resiko timbulnya penyakit.

### b) Pola Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien hipertensi adalah kesulitan aktivitas akibat kelemahan, frekuensi jantung

meningkat, perubahan irama jantung takipnea, kelemahan, keletihan.

c) 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.

d) Pola Eliminasi

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

e) Nyeri atau ketidaknyamanan

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

f) Pola istirahat dan tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia.

g) Pola kognitif-presepsi sensori

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

P : Paliatif (yang mengurangi atau meningkatkan nyeri)

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

R : Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

S : Skala nyeri 1-10

T : Kapan keluhan dirasakan dan lamanya

h) Pola seksual reproduksi

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

i) Pola mekanisme koping

Menjelaskan terakait pola koping, toleransi pada supportsystem dan sres.

j) Pola peran dan hubungan dengan orang lain

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

k) Pola nilai dan kepercayaan

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

4) Pemeriksaan Fisik

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

b) Pemeriksaan Head to Toe

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

Palpasi : Pasien mengeluh nyeri kepala.

c) Pemeriksaan mata

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

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

d) Pemeriksaan Thoraks

1) Jantung

Palpasi: Denyut nadi meningkat, jantung takikardi/ brakikardia. Perkusi: Terdapat bunyi jantung gallop.

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

2) Paru-Paru

Inspeksi : Kesimetrisan dada, pergerakan dada

Palpasi : Adanya retraksi dada /tidak

Perkusi : Terdapat bunyi sonor

Auskultasi : Suara napas vasikuler

e) Pemeriksaan Integumen

Inspeksi : Kulit pucat.

Palpasi : Suhu dingin, CRT > 3 detik

f) Ekstremitas

Inspeksi : Adanya edema, episode mati rasa, kelumpuhan separuh badan

Palpasi : Kaji kekuatan otot pasien.

b. Tabulasi Data

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

c. Klasifikasi Data

Data Subjektif : Pasien mengeluh mudah lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktifitas, merasa lemah, mengeluh sakit kepala, sulit tidur, rasa sesak di dada, jantung berdebar-debar, nyeri pada tengkuk, penglihatan kabur, rasa cemas berlebihan, ditemukan dispnea

yang berkaitan dengan aktivitas atau kerja, takipnea, ortopnea.

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

#### d. Analisa Data

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

##### 1) Penurunan curah jantung

Data subjektif : Mengeluh lemah, dyspnea

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

##### 2) Resiko Perfusi serebral tidak efektif

Data subjektif : Penurunan kinerja ventrikel kiri

Data objektif : Tidak tersedia

##### 3) Nyeri akut

Data subjektif : Mengeluh nyeri

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

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

R : Region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)

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

T : Time (Kapan keluhan dirasakan dan lamanya)

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

#### 4) Intoleransi aktivitas

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.

#### 5) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang ditandai dengan

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

## 2. Diagnosa Keperawatan

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 ,dyspnea

Data objektif : Tekanan darah meningkat, nadi teraba lemah, capillary refill time > 2 detik, warna kulit pucat atau sianosis.

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

Data subjektif : Penurunan kinerja ventrikel kiri

Data objektif : Tidak tersedia

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

Data subjektif : Mengeluh nyeri

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

d. 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.

e. Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan yang ditandai dengan

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

Data Objektif : Tampak pucat, oliguria, keringat berlebihan.

### **3. Intervensi Keperawatan**

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

a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload.

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

- 1) Bradikardia menurun (5)
- 2) Takikardia menurun (5)
- 3) Dispnea menurun (5)
- 4) Pucat/sianosis menurun (5)
- 5) Lelah menurun (5)
- 6) Tekanan darah membaik (5)
- 7) Capillary refill time (CRT) membaik (5)

#### Intervensi **Perawatan jantung**

- 1) Observasi :
  - a) Identifikasi tanda dan gejala primer penurunan curah jantung  
(meliputi dispsea, 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: 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
  - c) Monitor nilai laboratorium jantung  
  
Rasional: nilai laboratorium sangat diperlukan dalam penegakan diagnostic

## 2) Terapeutik

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

Rasioanal: posisi dapat mempengaruhi sirkulasi pasien.

Posisisi membantu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan.

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

Rasional: terapi relaksasi yang diberikan dapat menurunkan rangsangan yang 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 antiaritmia, jika perlu

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

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

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

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

**Intervensi Manajemen peningkatan tekanan intrakranial**

1) Observasi

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

Rasional : Untuk mengetahui peningkatan TIK

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

Rasional : Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK

c) Monitor intake dan output cairan

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

## 2) Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

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

- b) Berikan posisi semi Fowler

Rasional : Memberikan posisi nyaman bagi klien

- c) Cegah terjadinya kejang

Rasional : Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi syok

- d) Pertahankan suhu tubuh normal

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

## 3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti koreksi, jika perlu

Rasional : Sebagai terapi anjing

- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

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

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

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

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

#### Intervensi **Manajemenn Nyeri**

##### 1) Observasi

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

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

- b) Identifikasi skala nyeri

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

##### 2) Terapeutik

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

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

b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

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

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

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

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

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

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

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

peradangan atau mengubah persepsi otak dalam memproses rasa sakit

d) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

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

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

Intervensi **Manajemen energy**

1) Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Rasional: Dengan mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh dapat menemukan penyebab kelelahan

- b) Monitor pola dan jam tidur

Rasioanl: Kecukupan tidur atau istirahat mengurangi kelelahan yang dirasakan

- c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

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

## 2) Terapeutik

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

Rasional: Dengan menyediakan lingkungan yang nyaman menambah kenyamanan pasien

- b) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif

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

- c) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

Rasional: Mengalihkan rasa ketidaknyamanan pasien

## 3) Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring

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

- b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

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

#### 4) Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Rasional: Dengan asupan gizi yang seimbang memaksimalkan proses penyembuhan pasien

#### e) Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan

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

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

Intervensi : **Manajemen Hipervolemia**

##### 1) Observasi

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

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

b) Identifikasi penyebab hipervolemia

Rasional: Setelah diidentifikasi penyebabnya maka akan diberikan intervensi sesuai penyebabnya.

c) Monitor intake dan output cairan

Rasioanal: Memastikan intake dan output cairan yang masuk

2) Terapeutik

a) Batasi asupan cairan dan garam

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

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian diuretic

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

#### **4. Implementasi Keperawatan**

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

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, setelah tindakan keperawatan diberikan, perawat akan mengevaluasi respon pasien untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah tercapai, penentuan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana selanjutnya ditentukan melalui hasil evaluasi sehingga evaluasi akan terus dilakukan, tujuan evaluasi dalam keperawatan merupakan untuk menilai pencapaian tujuan pada rencana keperawatan yang telah ditetapkan, mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi pencapaian tujuan dan mengambil keputusan apakah rencana keperawatan diteruskan, dimodifikasi atau dihentikan (Manurung, 2011)

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Rancangan/Desain Penelitian**

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

#### **B. Subyek Studi Kasus**

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

#### **C. Batasan Istilah**

Adapun definisi operasional dalam studi kasus ini yaitu :

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

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

#### **D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus**

Studi kasus asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari pada tanggal 20-21 Mei 2024 di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende.

#### **E. Metode/ Prosedur Studi Kasus**

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

#### **F. Teknik Pengumpulan Data**

Metode Pengumpulan data yang digunakan yaitu:

1. Wawancara

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

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

## 2. Observasi

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

## 3. Studi Dokumentasi

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

## **G. Instrumen Pengumpulan Data**

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

## **H. Keabsahan Data**

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

### **1. Data primer**

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

### **2. Data sekunder**

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

## **I. Analisa Data**

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

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

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

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

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

Studi kasus yang dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende, Ruangan RPD III merupakan salah satu ruangan rawat inap yang terdiri dari 1 ruangan perawat, 3 ruangan perawatan dalam 19 bed, 1 ruang farmasi, 1 ruang pantry, 1 ruang gudang, memiliki 16 orang perawat, 1 orang administrasi dan 2 orang cleaning service.

##### **2. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 20 Mei 2024 pada Tn. S.D

###### **a) Pengumpulan Data**

###### **a) Wawancara**

###### **a. Biodata klien**

Pasien berinsial Tn. S.D berumur 66 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan sebagai petani, pendidikan terakhir SD, beralamatkan di Nangapanda dan beragama Katolik dengan Diagnisa Medis Hipertensi

###### **b. Biodata Penanggung Jawab**

Klien berinsial Ny. M berumur 22 tahun dan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai wiraswasta hubunga dengan klien anak kandung

b) Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan lehernya terasa tegang.

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Pada hari jumat tanggal 17 bulan Mei 2024 klien di bawah ke RSUD Ende menuju ke IGD dengan keluhan klien mengatakan jatuh di kebun dengan kepeleset sehingga membuatnya jatuh pingsan dan pasien juga mengatakan sakit kepala bagian belakang, lehernya terasa tegang pusing dan lemah. Klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm ditangan sebelah kanan.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit Hipertensi sebelumnya.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan ada anggota keluarga yang menderita yaitu penyakit Hipertensi yaitu bapak dari pasien sendiri.

d) Pengkajian Perpola

1) Pola Perpsepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga pasien mengtakan apabia pasien sakit kelurga hanya membeli obat di warung. Saat ini klien mengatakan bahwa

sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan.

## 2) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak dan santan.

Setelah masuk rumah sakit: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan 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.

## 3) Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit: keluarga 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.

Setelah masuk rumah sakit: 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

Sebelum masuk rumah sakit: keluarga pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Setelah masuk rumah sakit: keluarga pasien harus tirah baring (bedrest) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena lemah disertai pusing leher terasa tegang dan penglihatan kabur.

5) Pola istirahat dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit : Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur malam pukul 21:00-05:00 dan pasien jarang tidur siang karena kebiasaan klien di kebun.

Setelah masuk rumah sakit: keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam dari jam 19:00 dan pasien sering kebiasaan bangun tengah malam karena merasa tegang dibelakang lehernya.

6) Pola Kognitif dan Persepsi sensori

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Setelah masuk rumah sakit: pasien mengatakan penglihatan kabur, 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

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

Setelah masuk rumah sakit: Pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

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

Setelah masuk rumah sakit : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Sirkulasi Reproduksi

Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

#### 10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Setelah masuk rumah sakit: pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

#### 11) Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja.

Setelah masuk rumah sakit: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

#### 12) Pola neurosensory

P : Nyeri dirasakan karen tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

#### e) Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/100 mmHg, Nadi: 76x/m, suhu : 36,1 0C, SpO<sub>2</sub> : 95%. RR : 18 x/m. BB : 53 TB : 156 IMT : 21,77

(indeks masa tubuh). Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, visus 6/12. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo). 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 : tidak ada suara napas tambahan. 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 genitalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang stoper pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap, kekuatan otot baik.

f) Studi Dokumentasi

1. Pemeriksaan penunjang

- a) Pada tanggal 18 Mei 2024 dilakukan pemeriksaan darah lengkap sebagai berikut :

1) Darah lengkap

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	8.6	[10 <sup>3</sup> /UL]	(4.0-10.8)
RBC	5.10	[10 <sup>3</sup> /UL]	(4.00-5.00)
HGB	14.2	[G/Dl]	(14.0-16.0)
HCT	43.4	[%]	(40.0-54.0)
MCV	35.1	[Fl]	(80.0-100.0)
MCH	27.8	[Pg]	(27.0-34.0)
MCHC	32.7	[g/Dl]	(32.0-35.0)
PLT	13.7	[10 <sup>3</sup> /UL]	(150-400)
RDW	11.5	[%]	(11.0-15.0)
MPV	9.4	[FL]	(90-13.0)
NEUT%	0.82	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%	19.7%	[%]	(25.0-40.0)
NEUT#	0.82	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%			

2) Terapi Pengobatan (Data primer RSUD Ende, 2024)

No	Nama Obat	Dosis
1	Paracetamol	3x1 gr
2	Captopril	3x25 mg
3	Omeprazol	40 mg
4	Sucralfate	3x mg
5	Asam Tranexamamida	3x500 mg

b) Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang, penglihatan kabur, tekanan darah 140/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,10C, SPO<sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada bagian tangan kanan. keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur di malam hari, dan suka terbangun pada malam hari.

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

c) Klasifikasi data

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

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

Data Obyektif : tekanan darah 140/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu: 36,10C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada bagian tangan kanan

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

d) Analisa Data

NO	Sign and Sympton	Etiologi	Problem
1	: Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat seperti tertusuk-tusuk Skala nyeri 1-10, (nyeri berada di angka 6) Nyeri dirasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur <b>DO</b> : pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO <sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl	Agan pencedera yang fisiologis	Nyeri akut
2	<b>DS</b> : Pasien merasa pusing dan leher tegang <b>DO</b> : tekanan darah 140/100mmHg,Nadi:76x/menit,Suhu: 36,1 0C, SPO <sub>2</sub> :95%,RR:18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl	Penurunan kinerja ventrikel kiri	Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif
3	<b>DS</b> : Keluarga mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur <b>DO</b> : tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO <sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
4	<b>DS</b> : Keluarga mengatakan mengetahui penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan	<b>DS</b> :pasien Kurang terpapar tidak informasi	Defisit pengetahuan

---

berminyak, pasien juga sering mengkonsumsi kopi, Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya.

**DS:** Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengkonsumsi kopi tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO<sub>2</sub> : 95%,RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL

---

#### 4. Diagnosa Keperawatan

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

1) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai

dengan :

DS : Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang

DO : Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah

140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO<sub>2</sub> : 95%,

RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.

2) Resiko Perfusi Jaringan Serebral tidak Efektif berhubungan dengan

Penurunan Kinerja Ventrikel Kiri ditandai dengan :

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi 76x/menit, Suhu : 36,1  
0C, SPO<sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan  
cholesterol total 240 mg/DL

3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar  
Informasi ditandai dengan :

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

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

DO : Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 °C,  
SPO<sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total  
240 mg/dL

4) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan  
ditandai dengan :

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

DO: Tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1  
°C, SPO<sub>2</sub> : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol  
total 240 mg/dL

## 5. Rencana Keperawatan

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

### 1) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis

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

- a) Keluhan nyeri menurun (5)
- b) Tampak meringis menurun (5)
- c) Gelisah menurun (5)
- d) Sikap proktektif menurun (5)
- e) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi: Manajemen Nyeri

#### 1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

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

a) Identifikasi skala nyeri

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

2) Terapeutik

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

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

b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

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

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

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

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

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

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

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

2) Resiko Perfusi Jaringan Serebral tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Kinerja Ventrikel Kiri

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

- a. Tekanan intra kranial menurun (5)
- b. Sakit kepala menurun (5)
- c. Gelisah menurun (5)
- d. Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- e. Kesadaran membaik. (5)

**Intervensi : Manajemen peningkatan tekanan intracranial**

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK

(mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

Rasional : Untuk mengetahui peningkatan TIK

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

Rasional : Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK

- c) Monitor intake dan output cairan

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

2) Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

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

- b) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Memberikan posisi nyaman bagi klien

c) Cegah terjadinya kejang

Rasional : Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi syok.

d) Pertahankan suhu tubuh normal

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

3) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu

Rasional : Sebagai terapi kolaborasi pemberian diuretik osmosis

b) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

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

3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

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

hasil :

a) Pertanyaan tentang masalah menurun (5)

b) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)

1) Observasi

a) Identifikasi kesiapan dari kemampuan menerima informasi

b) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

2) Terapeutik

a) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

b) Berikan kesempatan untuk bertanya.

3) Edukasi

a) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan

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

a) Keluhan sulit tidur meningkat (5)

b) Keluhan tidak puasa tidur meningkat (5)

c) Keluhan pola tidur berubah meningkat (5)

d) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)

1) Observasi

a) Identifikasi factor pengganggu tidur

b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur

- 2) Terapeutik
  - a) Modifikasi lingkungan
  - b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
  - c) Tetapkan jadwal tidur rutin
  - d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
- 3) Edukasi
  - a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
  - b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
  - c) Ajarkan factor-factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

## **5) Implementasi Keperawatan**

**Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Senin, 20 Mei 2024**

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07:00 identifikasi lokasi, karakteristik nyeri: pasien merasakan nyeri dibagian belakang leher. Skala nyeri yang dirasakan : nyeri yang dirasakan pasien sedang skala nyeri 6.

### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan intra kranial) : TD 140/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Jam 07. 40 Memonitor tanda-tanda vital TD 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1°C, RR:18x/menit, SPO2: 95%, MAP (Mean Arteri Pressure): 130 mmHg. Jam 08.05 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500

mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Memberikan posisi head up 300. Mempertahankan suhu tubuh pada pasien : suhu tubuh pada pasien normal dengan suhu 36,8°C, dengan menyuruh pasien untuk tetap rileks. Jam 12.00 menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 08.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.20 Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi : setelah diberikan penjelasan pasien mampu mengulang kembali tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga. Jam 08.25 Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan: pasien berjanji bahwa selalu mengontrol kesehatan dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan. Jam 09.30 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya : pasien dan keluarga tampak menanyakan makanan apa yang harus dihindari dalam penanganan hipertensi.

### **Diagnosa Keperawatan IV**

Jam 10:00 identifikasi factor pengganggu tidur : pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya.

Modifikasi lingkungan : menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur : meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur.

**Pada hari selasa 21 mei 2024**

### **Diagnosa Keperawatan I**

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

### **Diagnosa Keperawatan II**

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

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 09.20 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.30 Menjelaskan kembali kepada pasien tentang hipertensi, faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup: setelah diberikan penjelasan pasien masih mengingat dan mampu mengulang kembali tentang hipertensi dan faktor resiko yang

dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup.

#### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

#### **Pada hari Rabu, 22 Mei 2024**

##### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07:00 kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri : memberikan obat paracetamol kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri.

Jam 07:30 memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung hasil: klien tertidur dengan pulas. 07:45 menganjurkan kepada klien jika nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri hasil: klien mengikuti anjuran.

##### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07:50 memonitor tanda dan gejala peningkatan Tik : tekanan darah: 140/80 mmHg Suhu: 37°C SpO<sub>2</sub> : 98%. Menjelaskan efek tentang melakukan aktivitas ketika terjadi peningkatan tekanan darah.

### **Diagnosa Keperawatan III**

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

### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

## **6) Evaluasi Keperawatan**

a) Hari Senin Pada tanggal 20 Mei 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

### **Diagnosa Keperawatan I**

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

DO : Pasien tampak Meringis

A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : TD 140/60 mmHg Suhu : 36 C Nadi : 76x/menit SPO<sub>2</sub> : 95% RR  
: 20x/menit

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

### **Diagnosa Keperawatan III**

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

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

A : Masalah Defisit Pengetahuan belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

DO : Pasien mengatakan lehernya masih terasa sakit

A : Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

b) Pada hari Selasa tanggal 21 Mei 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

### **Diagnosa Keperawatan I**

DS : Pasien mengatakan nyeri

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

A : Masalah Nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : Tampak kesadaran composmentis, GCS 15 TD : 150/80 Suhu :  
37,3 C RR : 80X/Menit SPO2 : 96%

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan III**

DS : Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

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

A : Masalah Defiisit Pengetahuan sebagian tertasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari

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

A : Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

c) Pada tanggal 22 Mei 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan:

### **Diagnosa Keperawatan I**

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

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

A : Masalah Nyeri Akut sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa keperawatan II**

DS : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah mulai berkurang

DO : Tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks.

A : Masalah Gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian tertasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan III**

DS : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

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

A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS : Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari lagi

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

A : Masalah Gangguan Pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **B. Pembahasan**

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

#### **1. Pengkajian**

Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Tn S.D ditemukan pasien merasa lemah pusing leher tegang, penglihatan kabur dan bicara pello, tekanan darah 190/100 mmHg. Menurut Kemenkes RI, 2019 menyatakan bahwa penyakit hipertensi menunjukkan gejala seperti : sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, pusing, rasa sesak di dada, mudah lelah, penglihatan kabur, serta tekanan darah meningkat  $\geq 140/90$ mmHg.

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus Tn S. D Keluhan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar-debar, rasa sesak di dada. Hal ini tidak ditemukan pada pasien karena selama perawatan sejak tanggal 20-22 Mei

2024 pasien sudah rutin mengonsumsi obat captopril 3x25 mg/oral dan amlodipin 1x10 mg/oral dimana kerja Captopril adalah salah satu obat yang masuk ke dalam golongan ACE (Angiotensin Converting Enzyme) inhibitor. ACE inhibitor adalah obat yang bekerja dengan mencegah produksi angiotensin di tubuh, sehingga pembuluh darah dapat kembali rileks dan melebar. Mekanisme inilah yang akan membuat tekanan darah turun. Oleh karena itu pasien hipertensi sebaiknya memodifikasi gaya hidup yang lebih sehat dengan menghindari faktor –faktor yang dapat memperburuk keluhan seperti kebiasaan merokok, mengonsumsi makanan berlemak dan asin, serta rutin berolahraga, mengontrol kesehatan dan mengonsumsi obat secara teratur.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn S. D adalah Nyeri akut, Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif , Defisit Pengetahuan, Gangguan pola tidur. Sedangkan diagnosa yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus yaitu intoleransi Aktivitas, penurunan curah jantung, Hipervolemia.

Ada perbedaan antara diagnosa pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dimana pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah hipervolemia hal ini dikarenakan pasien tidak mengalami edema pada ekstermitas. Selain itu pada kasus Tn.S.D tidak terdapat penurunan curah jantung hal ini dikarenakan pasien tidak dilakukan pemeriksaan Elektrokardiografi (EKG) sehingga tidak ada data objektif gambaran EKG aritmia atau

gangguan konduksi yang merupakan data pendukung diangkatnya masalah penurunan curah jantung yang bersifat aktual.

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

### 3. Perencanaan Keperawatan

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

Resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu : Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral),

Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK, (mis tekanan darah, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas), monitor MAP beberapa intervensi yang tidak dilakukan tetapi ada diteori adalah :

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

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

#### 4. Pelaksanaan Keperawatan

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

Diagnosa II Resiko perfusi serebral tidak efektif yaitu: Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK , Memonitor tanda-tanda vital,

memberikan posisi semi fowler, melayani pasien injeksi obat, Memberikan posisi head up 30°.

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

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

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan. Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari di dapatkan bahwa Resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah berkurang, TD 160/100

mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1 0C, RR : 18x/menit, SPO2 96%, MAP 123 mmHg, diagnosa Defisit pengetahuan teratasi sebagian dengan hasil mampu menjelaskan hipertensi serta menyebutkan 3 dari 6 faktor resiko hipertensi, diagnosa resiko cedera teratasi sebagian dengan hasil pasien mengatakan penglihatan tidak jelas atau kabur dan untuk berpindah atau ke kamar mandi dibantu oleh keluarga. Gangguan pola tidur teratasi sebagian pasien dapat tidur dengan nyenyak dengan meningkatkan lingkungan yang nyaman dan makan, minuman yang mengganggu tidur.

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

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan pada pasien Tn. S.D. dengan diagnosa medis Hipertensi di Ruang penyakit dalam III pada tanggal 20 Mei - 22 Mei 2024 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian ditemukan pasien merasa pusing leher tegang, penglihatan kabur, lemah dan bicara pello. Klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 Tpm ditangan sebelah kanan. Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah).  
Tanda-tanda vital : TD : 140/100 mmHg, Nadi : 76x/m, suhu: 36,°C, SpO2 : 95%. RR : 18 x/m. BB : 53 TB : 156 IMT: 21,77  
(berat badan normal)
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn S. D adalah nyeri akut, resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif, defisit pengetahuan, gangguan pola tidur.
3. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan SIKI (2016) dan berfokus pada masalah yang muncul. Tindakan yang dilakukan adalah tindakan observasi, mandiri, edukasi dan kolaborasi untuk dapat mengatasi masalah tersebut.

4. Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari dibuat berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat menurut SIKI (2018)
5. Evaluasi dari proses asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang tertatasi sebagian
6. Ada kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang di temukan pada Pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, melakukan evaluasi keperawatan.

## **B. Saran**

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

1. Bagi Perawat

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

2. Bagi Institusi Pendidikan

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

3. Bagi pasien dan keluarga

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

## DAFTAR PUSTAKA

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

- Maring, F. N. A., Purnawan, S., & Ndun, H. J. N. (2022). Faktor Risiko Kejadian Hipertensi Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Naibonat. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, 1(1), 19–26.
- Martin, F. E., Fitria, R. ( 2020). Asuhan Keperawatan Pasien dengan Nyeri Akut pada Hipertensi di RSAU dr. Esnawan Antariksa Jakarta Timur. *Jurnal Persada Husada Indonesia*. 7 (24).
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10-19
- PPNI. 2016. Standar Diagnostik keperawatan Indonesia. Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- SLKI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi , Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Profil RSUD Ende (2023). Di ambil pada tanggal 16 november 2023 Riset Kesehatan Dasar (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.
- Riset Kesehatan Dasar (2018). Laporan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Lembaga Penerbit Badan Litbang Kesehatan 2019.
- Sari, N. P. (2020). Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Hipertensi yang di Rawat di Rumah Sakit. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id /1069/1/KTI Novia Puspita Sari.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id /1069/1/KTI_Novia_Puspita_Sari.pdf).
- Susanti, S., & Rasima, R. (2020). Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur pada Penderita Hipertensi di UPT Puskesmas Cot Seumeureung Kecamatan Samatiga Kabupaten Aceh Barat Tahun 2019. *Jurnal Serambi Akademica*, 8(3), 387-396.
- Wahyuni, T. S., Syamsudin, S., & Nurhayati, L. (2020). Penerapan Senam Ergonomik Dalam Menurunkan Tekanan Darah Pada Ny. M Dengan Hipertensi. *Jurnal Keperawatan Karya Bhakti*, 6(1), 25-34.
- WHO, “ *Hypertension,*” *World Health Organization*,2019.

LAMPIRAN 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA/

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**



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

---

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. S.D. DENGAN DIAGNOSA  
MEDIS HIPERTENSI DI RPD III RSUD ENDE**

**A. Pengkajian**

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas klien

Nama : Tn.S.D  
Umur : 66 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Nangapanda  
Agama : Khatolik  
Pendidikan : SD  
Diagnosa medik : Hipertensi

b. Keadaan Umum

1) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Klien mengatakan leher terasa tegang

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada hari jumat tanggal 17 bulan Mei 2024 klien dibawah ke RSUD Ende menuju ke IGD dengan keluhan klien mengatakan jatuh di kebun dengan kepeleset sehingga membuatnya jatuh pingsan dan pasien juga mengatakan sakit kepala bagian belakang, lehernya terasa tegang pusing dan lemah. Klien tampak terpasang infus Nacl 0,9% 20 TPM ditangan sebelah kanan.

c) Riwayat kesehatan masa lalu

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi sebelumnya

d) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit hipertensi yaitu bapak dari pasien itu sendiri.

c. Pengkajian Perpola

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Keluarga pasien mengatakan apabila pasien sakit keluarga hanya membeli obat di warung. Saat ini klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya bukan sebagai kutukan namun sebagai hasil dari kurang pedulinya dalam menjaga kesehatan.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan sebelum sakit pasien suka mengkonsumsi makanan yang berminyak, berlemak dan santan.

Setelah masuk rumah sakit: pasien makan 3 kali sehari, porsi makan dihabiskan 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.

3) Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit: keluarga 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.

Setelah masuk rumah sakit: 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

Sebelum masuk rumah sakit: keluarga pasien mengatakan bekerja sebagai petani. Pasien tidak mengalami sesak napas, tidak nyeri dada. Semua aktivitas dilakukan secara mandiri.

Setelah masuk rumah sakit: keluarga pasien harus tirah baring (bedrest) belum bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena lemah disertai pusing leher terasa tegang dan penglihatan kabur.

5) Pola istirahat dan Tidur

Sebelum masuk rumah sakit : Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur malam pukul 21:00-05:00 dan pasien jarang tidur siang karena kebiasaan klien di kebun.

Setelah masuk rumah sakit: keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam dari jam 19:00 dan pasien sering kebiasaan bangun tengah malam karena merasa tegang dibelakang lehernya.

6) Pola Kognitif dan Persepsi sensori

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan dapat melihat dengan jelas, dapat mencium aroma dan meraba serta mendengar dengan baik.

Setelah masuk rumah sakit : pasien mengatakan penglihatan kabur, 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

Sebelum masuk rumah sakit: Pasien mengatakan menyukai semua bagian anggota tubuhnya, pasien adalah kepala keluarga dan bertanggung jawab menafkahi istri dan anaknya. Pasien juga mengatakan keluarga menerima kondisinya dan selalu

mendukungnya dan pasien tidak merasa rendah diri karena penyakitnya.

Setelah masuk rumah sakit: Pasien mengatakan seorang pasien yang harus menjalani perawatan di RPD III. RSUD Ende, pasien berharap cepat pulih dari sakitnya.

8) Pola Peran Hubungan dengan Sesama

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

Setelah masuk rumah sakit : Relasi dengan petugas rumah sakit, keluarga dan pengunjung baik dibuktikan dengan pasien bersikap ramah dengan dokter dan perawat.

9) Pola Sirkulasi Reproduksi

Tidak dikaji karena menjaga privasi pasien

10) Pola Mekanisme dan Toleransi Terhadap Stres

Sebelum masuk rumah sakit: pasien mengatakan tidak mudah stres/putus asa, jika ada masalah selalu bercerita pada istri dan anak-anaknya.

Setelah masuk rumah sakit: pasien berharap sembuh dari penyakitnya.

11) Pola Nilai Kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit: mengatakan pasien beragama katolik, rajin ke Gereja.

Setelah masuk rumah sakit: pasien mengatakan hanya dapat berdoa untuk penyembuhannya.

12) Pola neurosensory

P : Nyeri dirasakan karen tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

d. Pemeriksa Fisik

- 1) Keadaan Umum : klien sadar penuh nilai GCS 15 dengan respon eye 4 (membuka spontan), respon verbal 5 (Spontan bicara) dan respon motorik 6 (mengikuti perintah). Tanda-tanda vital : TD : 140/100 mmHg, Nadi: 76x/m, suhu : 36,1 0C, SpO2 : 95%. RR : 18 x/m. BB : 53 TB : 156 IMT : 21,77 (indeks masa tubuh). Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut tampak bersih dan beruban. Mata: Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera tidak ikteris, visus 6/12. Telinga tampak bersih, tidak terdapat cairan yang keluar. Hidung simetris, tidak terdapat pernapasan cuping hidung. Mukosa bibir tampak lembab, pasien berbicara tidak jelas (bicara pelo). 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 : tidak ada suara

napas tambahan. 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 genitalia tidak dilakukan. Pemeriksaan integumen : kulit tampak lembab. Pada pemeriksaan ekstremitas atas : tidak ada edema, jari tangan lengkap CRT kurang dari 3 detik. Terpasang stoper pada tangan kanan. Ekstremitas bawah : tidak terdapat oedema, jari kaki lengkap, kekuatan otot baik.

e. Pemeriksaan Penunjang

Pada tanggal 18 Mei 2024 dilakukan pemeriksaan darah lengkap sebagai berikut :

1) Darahh Lengkap

Result	Flags	Unit	Expected
WBC	8.6	[10 <sup>3</sup> /UL]	(4.0-10.8)
RBC	5.10	[10 <sup>3</sup> /UL]	(4.00-5.00)
HGB	14.2	[G/Dl]	(14.0-16.0)
HCT	43.4	[%]	(40.0-54.0)
MCV	35.1	[Fl]	(80.0-100.0)
MCH	27.8	[Pg]	(27.0-34.0)
MCHC	32.7	[g/Dl]	(32.0-35.0)
PLT	13.7	[10 <sup>3</sup> /UL]	(150-400)
RDW	11.5	[%]	(11.0-15.0)
MPV	9.4	[FL]	(90-13.0)
NEUT%	0.82	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%	19.7%	[%]	(25.0-40.0)
NEUT#	0.82	[%]	(50.0-70.0)
LYMPH%			

## 2) Terapi Pengobatan (Data primer RSUD Ende, 2024)

No	Nama Obat	Dosis
1	Paracetamol	3x1 gr
2	Captopril	3x25 mg
3	Omeprazol	40 mg
4	Sucralfate	3x mg
5	Asam Tranexamamida	3x500 mg

### 2. Tabulasi Data

Pasien merasa lemah, pusing disertai leher terasa tegang, penglihatan kabur, tekanan darah 140/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu : 36,10C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada bagian tangan kanan. keluarga pasien mengatakan pasien kesulitan tidur di malam hari, dan suka terbangun pada malam hari.

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

### 3. Klasifikasi Data

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

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

Data Obyektif : tekanan darah 140/100mmHg, Nadi : 76x/menit, suhu: 36,10C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit. Pada pemeriksaan mulut pasien tampak bicara tidak jelas (berbicara pelo), terpasang stopper pada bagian tangan kanan

P : Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat

Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk

R : Daerah tengkuk

S : Skala nyeri 6

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

#### 4. Analisa Data

No	Sign And Sympton	Etiologi	Problem
1	<p>DS: Nyeri dirasakan karena tekanan darah yang meningkat</p> <p>Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R : Daerah tengkuk</p> <p>S : Skala nyeri 1-10, (nyeri berada di angka 6)</p> <p>T : Nyeri dirasakan 2-3 menit malam hari saat hendak tidur</p> <p>DO : Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah</p> <p>tekanan darah 1400/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl</p>	<p>Agen</p> <p>Pencedera</p> <p>Fisiologis</p>	<p>Nyeri</p> <p>Akut</p>

2	<p>DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang</p> <p>DO : Tekanan darah 140/100mmHg,Nadi:76x/menit,Suhu:36,10C</p> <p>SPO2:95%,RR:18x/meni, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl</p>	<p>Penurunan Kinerja Ventrikel kiri</p>	<p>Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>
3	<p>DS : Keluarga pasien mengatakan pasien sering terbangun tengah malam dan susah untuk tidur</p> <p>DO : tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/Dl</p>	<p>Hambatan Lingkungan</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>
4	<p>DS : Keluar pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengkonsumsi kopi.</p> <p>DO: Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengkonsumsi kopi tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dL</p>	<p>Kurang Terpapar Informasi</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>

## 1. Diagnosa Keperawatan

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

1) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan :

DS : Pasien mengatakan sakit di leher bagian belakang

DO : Pasien tampak meringis, pasien tampak lemah tekanan darah 140/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 : 95%, RR : 18x/menit, pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/dl.

2) Resiko Perfusi Jaringan Serebral tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Kinerja Ventrikel Kiri ditandai dengan :

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : Tekanan darah 140/100mmHg, Nadi76x/menit, Suhu : 36,1 0C, SPO2 :95%, RR : 18x/menit,pada pemeriksaan kolesterol total 240 mg/DL

3) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi ditandai dengan :

DS : Keluarga pasien mengatakan keluarga tidak mengetahui tentang penyakit yang di derita oleh bapaknya. Keluarga pasien

juga memberi makanan yang berminyak, pasien juga sering mengonsumsi kopi

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

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

4) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan ditandai dengan :

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

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

## 2. Rencana Keperawatan

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

1) Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisiologis

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

- a) Keluhan nyeri menurun (5)
- b) Tampak meringis menurun (5)
- c) Gelisah menurun (5)
- d) Sikap proktaktif menurun (5)
- e) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi: Manajemen Nyeri

1) Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

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

a) Identifikasi skala nyeri

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

2) Terapeutik

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

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

menurun sehingga dapat menurunkan ambang batas terhadap persepsi nyeri

b) Fasilitas istirahat dan tidur

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

3) Edukasi

a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

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

b) Jelaskan strategi meredakan nyeri

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

c) Anjurkan memonitori nyeri secara mandiri

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

4) Kolaborasi

a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

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

5) Resiko Perfusi Jaringan Serebral tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Kinerja Ventrikel Kiri

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

- a. Tekanan intra karnial menurun (5)
- b. Sakit kepala menurun (5)
- c. Gelisah menurun (5)
- d. Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- f. Kesadaran membaik. (5)

Intervensi : Manajemen peningkatan tekanan intracranial

1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK  
(mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral  
Rasional : Untuk mengetahui peningkatan TIK
- b) Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan darah melebar, kesadaran menurun, pola napas)  
Rasional : Untuk mengetahui potensial peningkatan TIK
- c) Monitor intake dan output cairan  
Rasional : Untuk mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan mencegah syok hipovolemik

## 2) Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

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

- b) Berikan posisi semi fowler

Rasional : Memberikan posisi nyaman bagi klien

- c) Cegah terjadinya kejang

Rasional : Kejang dapat meningkatkan TIK sehingga terjadi syok.

- d) Pertahankan suhu tubuh normal

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

## 3) Kolaborasi

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

Rasional : Sebagai terapi kolaborasi pemberian diuretik osmosis

- b) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

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

- 6) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi

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

- a) Pertanyaan tentang masalah menurun (5)
- b) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)
  - 1) Observasi
    - a) Identifikasi kesiapan dari kemampuan menerima informasi
    - b) Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.
  - 2) Terapeutik
    - a) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
    - b) Berikan kesempatan untuk bertanya.
  - 3) Edukasi
    - a) Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
    - b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
    - c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

7) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan

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

- a) Keluhan sulit tidur meningkat (5)
  - b) Keluhan tidak puasa tidur meningkat (5)
  - c) Keluhan pola tidur berubah meningkat (5)
  - d) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat (5)
- 1) Observasi
    - a) Identifikasi factor pengganggu tidur
    - b) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
  - 2) Terapeutik
    - a) Modifikasi lingkungan
    - b) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
    - c) Tetapkan jadwal tidur rutin
    - d) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
  - 3) Edukasi
    - a) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
    - b) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
    - c) Ajarkan factor-factor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur

## 5. Implementasi Keperawatan

Tindakan Keperawatan dilakukan pada hari Senin, 20 Mei 2024

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07:00 identifikasi lokasi, karakteristik nyeri: pasien merasakan nyeri dibagian belakang leher. Skala nyeri yang dirasakan : nyeri yang dirasakan pasien sedang skala nyeri 6.

### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07.30 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Tekanan intra kranial) : TD 140/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. Jam 07. 40 Memonitor tanda-tanda vital TD 190/100 mmHg, Nadi : 76x/menit, Suhu : 36,1°C, RR:18x/menit, SPO2: 95%, MAP (Mean Arteri Pressure): 130 mmHg. Jam 08.05 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Memberikan posisi head up 300. Mempertahankan suhu tubuh pada pasien : suhu tubuh pada pasien normal dengan suhu 36,8°C, dengan menyuruh pasien untuk tetap rileks. Jam 12.00 menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah. Hasil: memberikan obat captopril 3x25 mg/oral.

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 08.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.20 Menjelaskan tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi : setelah diberikan penjelasan pasien mampu

mengulang kembali tentang hipertensi serta faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga. Jam 08.25 Menganjurkan pasien setelah pulang nanti untuk selalu rutin mengontrol kesehatan dan mengkonsumsi obat yang diberikan: pasien berjanji bahwa selalu mengontrol kesehatan dan rutin mengkonsumsi obat yang diberikan. Jam 09.30 Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya : pasien dan keluarga tampak menanyakan makanan apa yang harus dihindari dalam penanganan hipertensi.

#### **Diagnosa Keperawatan IV**

Jam 10:00 identifikasi factor pengganggu tidur : pasien mengatakan sering terbangun tengah malam karena merasa sakit dibelakang lehernya. Modifikasi lingkungan : menyediakan lingkungan yang nyaman dan tempat tidur yang nyaman. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur : meningkatkan kenyamanan dan rileks saat tidur.

Pada hari selasa 21 Mei 2024

#### **Diagnosa Keperawatan I**

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

#### **Diagnosa Keperawatan II**

Jam 07.40 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK :TD 170/100 mmHg, pasien merasa pusing dan leher tegang. 08.05 Memonitor tanda-tanda vital : TD 170/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,2 °C, RR :

18x/menit, SPO2 96% MAP 123 mmHg. Jam 08.15 Melayani pasien injeksi obat mecobalamin 500 mg/iv, citicolin 2x500 mg/iv, Jam 08.20 Mengingatkan kembali keluarga dan pasien untuk selalu memberikan posisi tidur dengan posisi nyaman

### **Diagnosa Keperawatan III**

Jam 09.20 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi: pasien siap dan mampu menerima informasi dengan mengulang apa yang diajarkan oleh perawat tentang hipertensi. Jam 09.30 Menjelaskan kembali kepada pasien tentang hipertensi, faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup: setelah diberikan penjelasan pasien masih mengingat dan mampu mengulang kembali tentang hipertensi dan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak, asin serta tidak berolahraga serta mengkonsumsi obat hipertensi seumur hidup.

### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

Pada hari Rabu, 22 Mei 2024.

### **Diagnosa Keperawatan I**

Jam 07:00 kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi rasa nyeri :  
memberikan obat paracetamol kepada pasien untuk mengurangi rasa nyeri.

Jam 07:30 memfasilitasi istirahat klien dengan membatasi pengunjung  
hasil: klien tertidur dengan pulas. 07:45 menganjurkan kepada klien jika  
nyeri timbul bisa melakukan teknik relasasi napas dalam secara mandiri  
hasil: klien mengikuti anjuran.

### **Diagnosa Keperawatan II**

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

### **Diagnosa Keperawatan III**

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

### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

## 7. Evaluasi Keperawatan

- a) Hari Senin Pada tanggal 20 Mei 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil sebagai berikut :

### **Diagnosa Keperawatan I**

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

DO : Pasien tampak Meringis

A : Masalah Nyeri Akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : TD 140/60 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 76x/menit SPO<sub>2</sub> : 95%  
RR : 20x/menit

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan.

### **Diagnosa Keperawatan III**

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

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

A : Masalah Defisit Pengetahuan belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **Diagnosa Keperawatan IV**

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

DO : Pasien mengatakan lehernya masih terasa sakit

A : Masalah Gangguan Pola Tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

b) Pada hari Selasa tanggal 21 Mei 2024 dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan :

#### **Diagnosa Keperawatan I**

DS : Pasien mengatakan nyeri

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

A : Masalah Nyeri akut belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **Diagnosa Keperawatan II**

DS : Pasien merasa pusing dan leher tegang

DO : Tampak kesadaran composmentis, GCS 15 TD : 150/80 Suhu : 37,3 °C RR : 80X/Menit SPO<sub>2</sub> : 96%

A : Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **Diagnosa Keperawatan III**

DS : Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

DO : Keluarga pasien mampu menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang

berlemak, asin, makananan bersantan dan juga mengonsumsi kopi

A : Masalah Defiisit Pengetahuan sebagian tertasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS : Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari

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

A : Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

c) Pada tanggal 22 Mei 2024 telah dilakukan evaluasi dan ditemukan hasil dengan:

#### **Diagnosa Keperawatan I**

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

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

A : Masalah Nyeri Akut sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

#### **Diagnosa keperawatan II**

DS : Pasien mengatakan pusing dan leher tegang sudah mulai berkurang

DO : Tekanan darah 160/100 mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36,1  
°C, SPO2 : 96 %, RR : 18x/menit, ekspresi wajah lebih rileks.

A : Masalah Gangguan resiko perfusi serebral tidak efektif sebagian  
tertasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan III**

DS : Pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi

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

A : Masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

### **Diagnosa Keperawatan IV**

DS : Pasien mengatakan sudah tidak terbangun di malam hari lagi

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

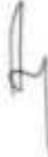
A : Masalah Gangguan Pola tidur sebagian teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

**LAMPIRAN 2****KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE****LEMBAR KONSUL KTI**

Nama : SONIA FEBRIANTI JULKIFLI  
NIM : PO.5303202210034  
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1.	Jumat, 8-9-2023	- BAB I LATAR BELAKANG	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nama harus disesuaikan dengan lihat dipanduan</li><li>- Pake 3 spasi pada latar belakang</li><li>- Cari angka 3 tahun terakhir</li><li>- Tambahkan fenomena kenapa hipertensi masih banyak</li><li>- Tambahkan peran perawat</li><li>- Jangan lupa artikel/ jurnal</li><li>- Harus berdasarkan data penulis</li></ul>	
2.	Jumat, 15-9-2023	DAFTAR PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Lengkapi data dan sumber</li><li>- Lengkapi daftar pustaka</li><li>- Tambahkan data yang di ambil dari sumber</li></ul>	

3.	Rabu, 15-11-2023	- BAB I LATAR BELAKANG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telusuri sumber asli</li> <li>- Sesuaikan cara penulisan (APA)</li> <li>- Tambahkan faktor penyebab banyak terjadi hipertensi</li> <li>- Ringkas paragraf terakhir dibagian latar belakang</li> <li>- Perbaiki peran perawat</li> <li>- Lanjut ke BAB II</li> </ul>	
4.	Kamis, 23-11-2023	- BAB I LATAR BELAKANG	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan data asli WHO</li> <li>- Ambil data dari kemenkes</li> <li>- Tambahkan sumber</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> <li>- Perbaiki penulisan huruf</li> <li>- Perbaiki nama pangarang</li> </ul>	
5.	Kamis, 12-01-2024	- BAB II TINJAUAN TEORITIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki kata pengantar</li> <li>- Perbaiki kalimatnya</li> <li>- Perbaiki data</li> <li>- Lengkapi data di RS</li> <li>- Ringkas paragraf dibagian penyakit</li> <li>- Perbaiki penulisan di penatalaksanaan</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> </ul>	
6.	Jumat 25-01-2024	- BAB II TINJAUAN TEORITIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan tambahkan RSUD Ende</li> <li>- Teknik pengumpulan dataobservasi/ pemeriksaan</li> <li>- Lengkapi urutan daftar pustaka</li> <li>- Tambahkan nama pengarang di daftar pustaka</li> </ul>	

7.	Kamis, 1-02-2024	- BAB III DESAIN STUDI KASUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki nama penulis</li> <li>- Pemeriksaan fisik</li> <li>- Data primer dan data sekunder</li> <li>- Lengkapi daftar pustaka</li> <li>- Perhatikan satu-satu perlembar revisiannya</li> </ul>	A
8.	Kamis, 7-02-2024	DAFTAR PUSTAKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki numbering</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> <li>- Tambahkan penulis</li> </ul>	A
9.	Rabu, 21-02-2023		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACC</li> </ul>	A



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Sonia Febrianti Julkifli  
NIM : PO. 5303202210034  
Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati, S. Kep.,Ns., M.Kep  
Pembimbing Pendamping : Irwan Budiana, S. Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Jumat, 1 maret 2024	BAB I BAB II	1. Perbaiki judul proposal 2. Perbaiki logo 3. Kata pengantar menggunakan 2 pasi 4. Nama asing dimiringkan 5. Tambahkan masalah askep 6. Di tujuan tambahkan dokumentasi 7. Tambahkan sumber di platurway 8. Tambahkan PQRST di nyeri akut 9. Semua sumber harus dimasukkan di daftar pustaka	
2.	Senin, 29 April 2024	BAB I BAB II	1. Menggunakan logo baru 2. Nama asing harus miring 3. Tambahkan PQRST 4. Semua sumber harus dimasukkan di daftar pustaka	
3.	Kamis, 2 mei 2024	BAB I BAB II Daftar Pustaka	- ACC	



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : SONIA FEBRIANTI JULKIFLI  
NIM : PO.5303202210034  
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S. Kep., Ns., M. Kep  
Penguji : Irwan Budiana, S. Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis, 16 Juli 2024	- BAB I - BAB II - BAB IV - BAB V	- Perbaiki logo - Perbaiki rumusan masalah - Perbaiki nama penulis - Perbaikan Analisa Data - Perbaikan diagnosa keperawatan - Urutkan diagnosa sesuai dengan prioritas masalah - Urutkan implementasi dan perencanaan sesuai dengan diagnosa - Perbaikan diagnosa dibagian pembahasan	
2	Jumat, 19 Juli 2024	- BAB IV	- Perbaikan diagnosa pertama - Tambahkan sedikit di evaluasi keperawatan - ACC	



**LEMBAR KONSUL KTI**

Nama : Sonia Febrianti Julkifi  
NIM : PG. 5303202210034  
Pembimbing : Try Ayu Patmawati, S,Kep.,Ns.,M.Kep  
Pengaji : Irwan Budiana, S. Kep.Ns., M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	Senin, 20 Mei 2024	Pengkajian	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Alasan masuk rumah sakit</li><li>2. Tanyakan kebiasaan mengonsumsi rokok berapa batang sehari</li><li>3. Tanyakan kepada pasien jatuh karena licin atau tiba-tiba langsung jatuh</li><li>4. Bagian pola tidur dan istirahat tanyakan kepada pasien tidak bisa tidur karena apa</li><li>5. Tentukan diagnosa dan susun intervensi keperawatan</li></ol>	
2.	Selasa, 21 Mei 2024	Diagnosa Keperawatan dan Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kaji lagi secara lengkap</li><li>2. Tanyakan kembali kepada keluarga pasien apakah mereka mengetahui tentang penyakit hipertensi</li><li>3. Kaji kembali makanan yang biasa di konsumsi oleh pasien sebelum sakit</li><li>4. Kaji kembali kepada pasien mengkonsumsi kopi sehari berapa kali pasien</li><li>5. Lanjutkan Implementasi dan Evaluasi kembali keadaan pasien</li></ol>	
3.	Rabu, 22 Mei 2024	Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan kembali implementasi yang sudah dibuat kepada pasien</li><li>2. Menjelaskan kepada keluarga tentang penyakit hipertensi</li><li>3. Lengkapi kembali bagian implementasi keperawatan dan</li></ol>	

			Evaluasi Keperawatan	
4.	Kamis, 27 Juni 2024	BAB IV BAB V	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki huruf pada pengkajian</li> <li>2. Analisa data menggunakan tabel terbuka dan font 10</li> <li>3. Rencana keperawatan lihat kembali di buku SDKI</li> <li>4. Evaluasi harus menggunakan hari</li> <li>5. Diagnosa keperawatan tambahkan justifikasi/ artikel</li> <li>6. Perencanaan harus menambahkan artikel</li> <li>7. Evaluasi tambahkan artikel</li> <li>8. Tambahkan pengkajian pada kesimpulan</li> <li>9. Perbaiki daftar pustaka</li> </ol>	
5.	Senin, 1 Juli 2024	BAB IV BAB V DAFTAR PUSTAKA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki huruf</li> <li>2. Tambahkan justifikasi pada diagnosa keperawatan</li> <li>3. Perencanaan tambahkan justifikasi/artikel</li> <li>4. Evaluasi tambahkan artikel</li> <li>5. Perbaiki diagnosa dibagian kesimpulan</li> <li>6. Perbaiki daftar pustaka</li> </ol>	
6.	Rabu, 3 Juli 2024	BAB IV BAB V DAFTAR PUSTAKA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan artikel</li> <li>2. Perbaiki daftar pustaka</li> </ol>	
7.	Kamis, 4 Juli 2024	BAB IV BAB V DAFTAR PUSTAKA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi</li> <li>2. Perbaiki daftar pustaka</li> <li>3. Acc dan siap untuk ujian</li> </ol>	

Jumat, 02 Agustus 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RIVISI KTI</li> <li>- KATA PENGANTAR</li> <li>- BAB IV</li> <li>- BAB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan nama direktur rumah sakit</li> <li>- Perbaiki huruf di pemeriksaan fisik</li> </ul>	Am
Rabu, 07 Agustus 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ABSTRAK</li> <li>- BAB IV</li> <li>- BAB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huruf menggunakan font 10</li> <li>- Awali dengan data</li> <li>- Perbaiki keluhan utama</li> <li>- Perbaiki pembahasan urutkan sesuai diagnosa</li> <li>- Urutkan di kesimpulan diagnosa sesuai urutan</li> </ul>	Am
Senin, 02 September 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- KATA PENGANTAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki nama direktur</li> <li>- Perbaiki huruf</li> <li>- ACC KTI</li> </ul>	Am

LAMPIRAN 3

JADWAL KEGIATAN

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024													
	BULAN													
	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	September	Oktober
Pengajuan Judul Studi Kasus														
Penyusunan Bab I,II,III														
Studi Kasus														
Penyusunan Bab IV dan V														
Ujian Studi Kasus														
Revisi Studi Kasus														
Penyerahan Studi Kasus														

LAMPIRAN 4

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus berjudul ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah yang dapat memberi manfaat berupa Studi kasus ini berlangsung selama
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 tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu /Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus 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 silahkan menghubungi saya pada nomor HP : 081237562184

Ende, 20 Mei 2024

Peneliti,



**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI**  
PO. 5303202210034

**LAMPIRAN 5**

**INFORMED CONSET**  
(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 :  
**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI** dengan judul **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS HIPERTENSI**

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, 20 Mei 2024

Saksi



Yang memberikan Persetujuan



Peneliti,



**SONIA FEBRIANTI JULKIFLI**  
**PO. 5303202210034**

**LAMPIRAN 6**

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



**A. Data Diri**

Nama : Sonia Febrianti Julkifli  
Tempat/Tanggal lahir : Ende, 10 Februari 2003  
Alamat : Jl. Sam Ratulangi  
Jenias Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam

**B. Riwayat Pendidikan**

1. SD Inpres Wolowona 1
2. Madrasah Tsanawiyah Negeri Ende
3. Madrasah Aliyah Negeri Ende
4. Prodi DIII Keperawatan Ende

**MOTTO**

“ AKAN ADA SELALU ADA JALAN MENUJU SEBUAH KESUKSESAN  
BAGI SIAPAPUN, SELAMA ORANG TERSEBUT MAU BERUSAHA DAN  
BEKERJA KERAS “