



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
BELLA NURKHOLIFAH RADILA PUTRI
201701008**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN
MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT MITRA KELUARGA
BEKASI BARAT**

**DISUSUN OLEH:
BELLA NURKHOLIFAH RADILA PUTRI
201701008**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI KESEHATAN
MITRA KELUARGA
BEKASI
2020**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap : Bella Nurkholifah Radila Putri

NIM : 201701008

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program
Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 31 Mei 2020

Yang membuat pernyataan,



Bella Nurkholifah Radila Putri

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 31 Mei 2020

Pembimbing Karya tulis Ilmiah



Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” yang disusun oleh Bella Nurkholifah Radila Putri (201701008) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 08 Juni 2020.

Bekasi, 08 Juni 2020

Penguji I



Ns. Aprillia Veranita S.Kep., M.Kep

Penguji II



Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep

Nama mahasiswa : Bella Nurkholifah Radila Putri
NIM : 201701008
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat.
Halaman : xiii + 72 halaman + 1 tabel + 4 lampiran
Pembimbing : Lisbeth Pardede

ABSTRAK

Latar belakang: Hipertensi merupakan suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian, tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg (Aspiani, 2015). Di Indonesia, terdapat 658.201 jiwa yang mengalami penyakit hipertensi.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan studi kasus, studi kepustakaan, studi dokumentasi dengan mengungkapkan fakta- fakta sesuai dengan data- data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung, resiko defisit nutrisi, gangguan rasa nyaman : nyeri akut, dan resiko terjadinya komplikasi. Intervensi pada diagnosa prioritas penurunan curah jantung adalah kaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) pershift, observasi turgor kulit, kelembaban, dan pengisian kapiler, berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat dan terapi diet pada pasien dengan hipertensi sesuai dengan program medis. Semua tindakan dilakukan sesuai dengan rencana. Setelah dilakukan evaluasi didapatkan masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien nyaman dengan posisi semifowler dan pasien tidak pusing, tidak lemas, TD: 137/90 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit.

Kesimpulan dan Saran: Asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu penurunan curah jantung agar tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat memngobservasi hemodinamika pada pasien hipertensi.

Keyword : Asuhan Keperawatan, Hipertensi

Daftar Pustaka : 10 (2012 – 2018)

Name : Bella Nurkholifah Radila Putri
Student ID Number : 201701008
Study Program : Diploma of Nursing
The Title of the Scientific Paper : Nursing Care for Mrs. E with Hypertension in Mawar Room of Mitra Keluarga Hospital, West Bekasi.
Pages : xiii + 72 pages + 1 tabel + 4 attachment
Advisor : Lisbeth Pardede

ABSTRACT

Background: Hypertension is a condition when a person experiences an increase in blood pressure above normal which results in an increase in morbidity and mortality, systolic pressure above 140 mmHg and diastolic blood pressure above 90 mmHg (Aspiani, 2015). In Indonesia, there are 658,201 people who experience hypertension.

General Purpose: This case report is to obtain a real illustration of nursing care for patients with hypertension through a comprehensive nursing process approach.

Writing Method: In preparing this case report using a descriptive method that is by case studies, literature studies, documentation studies by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Results: The results of the assessment found four nursing diagnoses, namely decreased cardiac output, risk of nutritional deficit, discomfort: acute pain, and risk of complications. Interventions in the priority diagnosis of decreased cardiac output are measure vital signs (BP, Pulse, RR) pershift, observe skin turgor, moisture, and capillary filling, providing comfortable positions in semi fowler positions, collaboration with medical teams in administering drug therapy and diet therapy in patients with hypertension according to the medical program. All actions are carried out according to the plan. After the evaluation, the problem was resolved, some of the goals had not been achieved, marked by the patient being comfortable with the semifowler position and the patient not dizzy, not weak, BP: 137/90 mmHg, pulse frequency: 90 bpm, respiratory rate: 20x/minute.

Conclusions and Recommendations: Nursing care in patients with hypertension need to pay attention to the nursing problem that is a decreased in cardiac output to avoid complications. The recommendation for nurses is to be able to observe hemodynamics in hypertensive patients.

Keyword: Nursing Care, Hypertension

Bibliography: 10 (2012 -2018)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkah dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan keperawatan pada Ny. E dengan Hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Adapun tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini dibuat untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan Program Diploma III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dan sebagai penguji II penulisan karya tulis ilmiah, yang telah banyak menyempatkan waktunya untuk memberikan motivasi, bimbingan dan bantuan yang bermanfaat untuk penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
2. Ns. Aprillia Veranita S.Kep., M.Kep selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis.
3. Dr. Susi Hartati S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga.
5. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep J selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari semester I hingga semester VI serta dapat menyelesaikan seluruh program belajar ini dengan baik dan lancar.
6. Seluruh dosen dan staff STIKes Mitra Keluarga, yang telah menyediakan fasilitas dan bantuan dalam bentuk apapun demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.

7. Kepala Ruangan, *clinical mentor*, dan perawat ruangan yang bersedia meluangkan waktu untuk membantu mencarikan kasus serta membimbing penulis di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
8. Ny.E yang telah bersedia untuk bekerjasama dengan penulis dalam memberikan informasi selama proses keperawatan berlangsung.
9. Keluarga Ny. E yang telah menerima penulis untuk bekerjasama dalam memberikan informasi kepada penulis serta dukungan kepada pasien selama proses keperawatan berlangsung.
10. Kepada kedua Orang tua, Papah tercinta Mashudi dan Mamah tersayang Nira Hidayati, kakak kembar Dani Radi Raharja dan Dedy Radi Setiawan, serta adikku tersayang Zahra Huriyah Radila Putri yang selalu mendoakan, memberi motivasi dan memberikan dukungan moril maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan karya tulis ini.
11. *My support system* Hendri Kresna Julianto yang selalu memberikan semangat, motivasi, dukungan, serta doa selama perkuliahan sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ini.
12. Sahabat: Cut Vinny, Fidyah Arshidarafah, Ninda Rahma, Nisma Ajeng, Pita Evi dan Siti Rismaya yang selalu memberikan semangat bagi penulis selama tiga tahun perkuliahan di STIKes Mitra Keluarga.
13. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah Annisa Okta, Evita Salsya, Gysela Hilmanita dan Jelita Dwi Hokti yang telah memberikan motivasi, dukungan serta bantuan dalam pembuatan karya tulis ini.
14. Pejuang Tangguh: Ajeng Handaru, dan Nisma Ajeng yang telah memberikan semangat bagi penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.
15. Bunar 4D: Anggi Rifa, Anggi Pertiwi, Deva Lia, Karenina Ika, Meidiana Nur yang memberikan motivasi bagi penulis selama menyusun karya tulis ilmiah ini.

16. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Mitra Keluarga angkatan ke VII dan seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan lancar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang sifatnya membangun untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini. Semoga karya tulis ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

Bekasi, 28 Mei 2020

Penyusun

DAFTAR ISI

LEMBAR PENYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Metode Penulisan	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	6
A. Pengertian	6
B. Etiologi	6
C. Patofisiologi	8
1. Proses perjalanan penyakit	8
2. Manifestasi klinik	9
3. Klasifikasi	10
4. Komplikasi	10
D. Penatalaksanaan Medis	11
E. Pengkajian Keperawatan (termasuk pemeriksaan diagnostik)	13

F. Diagnosa Keperawatan.....	18
G. Perencanaan Keperawatan	19
H. Pelaksanaan Keperawatan	
I. Evaluasi Keperawatan	28
BAB III TINJAUAN KASUS	30
A. Pengkajian Keperawatan.....	30
1. Identitas Pasien.....	30
2. Resume	30
3. Riwayat Keperawatan.....	31
4. Pengkajian Fisik	36
5. Data Penunjang	39
6. Penatalaksanaan.....	40
7. Data Fokus	40
8. Analisa data.....	42
B. Diagnosa Keperawatan	45
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan	46
BAB IV PEMBAHASAN.....	58
A. Pengkajian Keperawatan.....	58
B. Diagnosa Keperawatan	61
C. Perencanaan Keperawatan	63
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	65
E. Evaluasi Keperawatan	66
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran.....	72

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

4.1 Tabel Analisa Data	42
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Patoflowdiagram

Lampiran 2 : SAP

Lampiran 3 : Leaflet

Lampiran 4 : Booklet

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi dapat didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan ketika seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan dan angka kematian (Aspiani, 2015).

Menurut data dari *American Heart Association* (AHA), penduduk Amerika berusia diatas 20 tahun yang mengalami hipertensi telah mencapai angka hingga 74,5 juta jiwa penduduk. Dengan demikian, namun hampir sekitar 90-95% kasus tidak diketahui penyebabnya. Di Indonesia, berdasarkan hasil survey oleh Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 dengan prevalensi angka kejadian hipertensi sebanyak 658.201 jiwa, di Provinsi Kalimantan Selatan 44,13%, Jawa Barat 39,6%, Bangka Belitung 29,9%, dan Papua yang terendah 22,2%. Prevalensi yang terjadi di Indonesia yang didapat melalui kuesioner terdiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar dengan angka 9,4%, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar dengan angka 9,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Pada tahun 2016 di Jawa barat ditemukan orang kasus hipertensi (2,46% terhadap jumlah penduduk ≥ 18 tahun), dengan jumlah kasus yang diperiksa sebanyak 8.029.245 orang, tersebar di 26 kabupaten atau kota (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat, 2016).

Data berdasarkan rekam medis salah satu rumah sakit swasta di Bekasi pada tahun 2019 hasil angka kejadian hipertensi dalam satu tahun terakhir didapatkan 132 kasus hipertensi, diantaranya 54 kasus terjadi pada laki-

laki dan 78 kasus terjadi pada perempuan. Angka kejadian hipertensi akan terus meningkat apabila tidak ditangani segera lebih lanjut.

Menurut Oktavianus (2014) penyebab penyakit hipertensi pada umumnya hipertensi tidak memiliki penyebab yang spesifik, hipertensi yang terjadi sebagai respons peningkatan curah jantung atau peningkatan tekanan perifer, namun ada beberapa faktor risiko yang dapat menyebabkan hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, obesitas, riwayat keluarga.

Hipertensi tidak menimbulkan gejala khas sehingga tidak terdiagnosis dalam waktu lama. Namun demikian, ada beberapa yang berkaitan dengan hipertensi yaitu pusing, telinga berdengung, sulit tidur, sulit nafas, rasa berat (kaku) di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang dan mimisan yang sering ditanyakan. (Faisalado Candra Widyanto, 2013)

Perawat memiliki peran dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Peran perawat meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Peran perawat sebagai preventif yang dilakukan perawat untuk mencegah terjadinya hipertensi dengan cara memberikan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan tentang pola hidup yang sehat seperti mengurangi asupan garam, berhenti merokok, dan periksa tekanan darah secara rutin. Peran perawat sebagai promotif yaitu dengan pemberian pendidikan kesehatan agar dapat mengetahui lebih lanjut terkait penyakit hipertensi untuk pencegahannya. Peran perawat sebagai kuratif dengan berkolaborasi tim medis lainnya melakukan pemeriksaan penunjang lebih lanjut terkait penyakit hipertensi. Peran perawat sebagai tenaga kesehatan yaitu sebagai edukator atau pendidik. Adanya informasi yang benar-benar dapat meningkatkan pengetahuan penderita hipertensi untuk menerapkan

pola hidup yang sehat. Sebagai seorang pendidik (edukator), perawat membantu pasien penderita hipertensi dalam mengenal masalah kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu mereka lakukan guna memulihkan atau memelihara kesehatan secara optimal Kurniapuri & Supadmi (2015) dalam (Manoppo, 2018). Dengan demikian, peran perawat sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien hipertensi dan peran perawat sangat penting untuk mengurangi angka kejadian hipertensi.

Berdasarkan uraian data di atas maka dari itu penulis tertarik untuk membahas dan melakukan lebih lanjut mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

2. Tujuan khusus

Penulis diharapkan mampu :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan hipertensi.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan pada pasien dengan hipertensi.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat pada teori dan kasus kelolaan.
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi alternatif pemecahan masalah.

- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam penulisan karya tulis ilmiah adalah pembahasan asuhan keperawatan pada Ny.E dengan hipertensi di Ruang Mawar Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat yang dilaksanakan tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah menggunakan metode deskriptif naratif dengan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis mengelola satu kasus dengan menggunakan proses asuhan keperawatan. Selain itu penulis menggunakan metode yang digunakan, seperti :

1. Studi kasus

Yaitu pemberian asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan melakukan pengkajian terlebih dahulu dengan cara wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik setelah itu dilakukan perumusan diagnosis keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan hingga berlangsungnya proses keperawatan.

2. Studi kepustakaan

Yaitu dengan cara mempelajari buku yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien dengan hipertensi untuk memperoleh konsep teoritis yang bersifat ilmiah.

3. Studi dokumentasi

Yaitu pengumpulan data melalui *medical record* yang tersedia di rumah sakit untuk memperoleh data yang lengkap dan lebih akurat, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, hasil catatan keperawatan, dan hasil catatan dokter.

E. Sistematika Penulisan

Penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima Bab yang di susun secara sistematis, yaitu :

Bab I Pendahuluan

Terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan dan sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Teoritis

Terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi), penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Bab III Tinjauan Kasus

Terdiri dari pengkajian keperawatam, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab IV Pembahasan

Perbandingan yang membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus kelolaan dengan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab V Penutup

Terdiri dari kesimpulan dan saran.

Daftar Pustaka

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg, berdasarkan dua kali pengukuran atau lebih (Suddarth, 2018).

Hipertensi merupakan suatu peningkatan tekanan darah dalam arteri. Hipertensi dihasilkan dari dua faktor utama yaitu jantung yang memompa dengan kuat dan arteriol yang sempit sehingga darah mengalir menggunakan tekanan untuk melawan dinding pembuluh darah (Faisalado Candra Widyanto, 2013).

B. Etiologi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dibagi dalam 2 golongan yaitu: (Faisalado Candra Widyanto, 2013)

1. Hipertensi esensial (hipertensi primer)

Hipertensi primer secara pasti belum diketahui penyebabnya beberapa penelitian membuktikan bahwa hipertensi primer ini didahului oleh peningkatan curah jantung, kemudian menetap dan menyebabkan peningkatan tahanan tepi pembuluh darah total. Gangguan emosi, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, rangsang kopi yang berlebihan, rangsang konsumsi tembakau, dan keturunan berpengaruh pada proses terjadinya hipertensi primer. Penyakit hipertensi primer lebih banyak terjadi pada wanita dari pada pria. Sekitar 90-95% penderita hipertensi adalah hipertensi primer. Hipertensi primer biasanya dimulai sebagai proses labil (intermiten) pada individu pada akhir 30-an dan awal 50-an yang secara bertahap akan menetap.

2. **Hipertensi sekunder**

Hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang disebabkan karena gangguan pembuluh darah atau organ tertentu. Secara sederhananya, hipertensi sekunder disebabkan karena adanya penyakit lain. Berbeda dengan hipertensi primer, hipertensi sekunder sudah diketahui penyebabnya seperti disebabkan oleh penyakit ginjal, penyakit endokrin, obat dan lain sebagainya.

a. **Penyakit parenkim ginjal**

Permasalahan pada ginjal yang menyebabkan kerusakan parenkim akan menyebabkan hipertensi. Kondisi hipertensi yang ditimbulkan akan semakin memperparah kondisi kerusakan ginjal.

b. **Hipertensi Renovaskular**

Hipertensi renovaskular menyebabkan gangguan dalam vaskularisasi darah ke ginjal seperti arterosklerosis. Penurunan pasokan ginjal akan menyebabkan produksi renin unilateral dan meningkatkan tekanan darah, sering diatasi secara farmakologis dengan ACE inhibitor. Hipertensi pada kehamilan termasuk dalam hipertensi renovaskular ini.

c. **Endokrin**

Gangguan aldosteronisme primer akan berpengaruh terhadap hipertensi. Tingginya kadar aldosteron dan rendahnya kadar renin mengakibatkan kelebihan natrium dan air sehingga berdampak pada meningkatnya tekanan darah.

d. **Obat**

Obat-obatan yang dapat menyebabkan hipertensi adalah alat kontrasepsi KB hormonal seperti pil atau suntik, kortikosteroid, dan obat anti depresi trisiklik. Kebanyakan alat kontrasepsi mengandung kombinasi estrogen dan progesterone dalam proporsi yang bervariasi dan mungkin bertentangan dengan system renin-angiotensin yang menjaga keseimbangan regulasi cairan tubuh,

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Menurut Oktavianus (2014) mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak dipusat vasomotor, pada medulla diotak. Dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui system saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah. Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsang vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitive terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi.

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respons rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medulla adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi. Korteks adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya, yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pembuluh darah. Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan renin. Renin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi.

Sebagai pertimbangan gerontologis dimana terjadi perubahan struktural dan fungsional pada sistem pembuluh perifer bertanggung jawab pada perubahan tekanan darah yang terjadi pada usia lanjut. Perubahan tersebut meliputi aterosklerosis, hilangnya elastisitas jaringan ikat dan penurunan dalam relaksasi otot polos pembuluh darah, yang pada gilirannya menurunkan kemampuan distensi dan daya regang pembuluh darah. Konsekuensinya, aorta dan arteri besar berkurang kemampuannya dalam mengakomodasi volume darah yang dipompa oleh jantung (volume sekuncup) mengakibatkan penurunan curah jantung dan peningkatan tahanan perifer.

2. Manifestasi klinis

Menurut Oktavianus (2014) kebanyakan orang dengan tekanan darah tinggi tidak memiliki tanda atau mengalami gejala, meskipun tekanan darah mencapai level tinggi yang membahayakan kesehatan.

Meskipun beberapa orang dengan hipertensi tahap awal mungkin mengalami "dull headaches", pusing atau beberapa lagi mimisan, tanda dan gejala ini biasanya tidak muncul sampai hipertensi mencapai tahap yang berat bahkan tingkat yang mengancam nyawa.

Secara umum orang dengan hipertensi terlihat sehat dan sebagian besar tidak menimbulkan gejala. Tapi ada pula gejala awal yang mungkin timbul dari hipertensi yaitu:

- a. Sakit kepala
- b. Perdarahan dari hidung
- c. Pusing
- d. Wajah kemerahan
- e. Kelelahan

3. Klasifikasi

Klasifikasi perhimpunan nefrologi indonesia (pernefri) memilih klasifikasi hipertensi sesuai WHO/ISH karena sederhana dan memenuhi kebutuhan, tidak bertentangan dengan strategi terapi, tidak meragukan karena memiliki sebaran luas dan tidak rumit, serta terdapat pula unsur sistolik yang penting dalam penentuan.

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normotensi	< 140	<90
Hipertensi ringan	140 – 180	90 – 105
Hipertensi perbatasan	140 – 160	90 – 95
Hipertensi sedang dan berat	>180	>105
Hipertensi sistolik terisolasi	>140	<90
Hipertensi sistolik perbatasan	140 - 160	<90

Sumber: (Oktavianus, 2014)

4. Komplikasi

Menurut Kalim (2015) :

a. Aterosklerosis:

Hipertensi meningkatkan risiko terbentuknya plak aterosklerosis yang bermakna. Hal tersebut meningkatkan risiko stroke, penyakit vaskular perifer dan infark miokard.

b. Kerusakan ginjal:

Peningkatan disfungsi renal yang bertahap terjadi pada hipertensi, terutama apabila tidak dikontrol dengan baik. Penyakit ginjal yang disebabkan oleh hipertensi seringkali disebut sebagai hipertensi nefrosklerosis.

c. Aritmia:

Risiko fibrilasi atrium meningkat pada individu dengan hipertensi.

d. **Kerusakan retina:**

Perdarahan retina dan edema papil (pada tahap lanjut) menyebabkan gangguan penglihatan.

e. **Aneurisma aorta:**

Hipertensi merupakan salah satu penyebab utama aneurisma dan diseksi aorta.

D. Penatalaksanaan

Menurut Faisalado Candra Widyanto (2013) prinsip penatalaksanaan klien dengan hipertensi adalah menurunkan tekanan darah sampai normal atau sampai nilai terendah yang masih dapat ditoleransi, meningkatkan kualitas hidup dan mencegah komplikasi,

Penatalaksanaan hipertensi dapat dibedakan menjadi 2, yaitu :

1. Terapi Non Farmakologis

Terapi non farmakologis dalam mengatasi hipertensi ditekankan pada berbagai upaya berikut :

- a. Mengatasi obesitas dengan menurunkan berat badan berlebih.
- b. Latihan fisik (olahraga) secara teratur,
- c. Pemberian kalium dalam bentuk makanan dengan konsumsi buah dan sayur.
- d. Mengurangi asupan garam dan lemak jenuh.
- e. Berhenti merokok dan mengurangi konsumsi alkohol.
- f. Menciptakan keadaan rileks.

2. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis dilakukan dengan menggunakan obat anti hipertensi yang secara khusus diharapkan :

- a. Mempunyai bioavailabilitas yang tinggi dan konsisten sehingga efektivitasnya dapat diperkirakan (predictable).
- b. Mempunyai waktu paruh (plasma elimination half-life) yang panjang sehingga diharapkan mempunyai efek pengendalian tekanan darah yang panjang pula.

- c. Smooth onset of action dengan kadar puncak plasma setelah 6 - 12 jam untuk mengurangi kemungkinan efek mendadak seperti takikardia.
- d. Meningkatkan survival dengan menurunkan risiko gagal jantung dan mengurangi recurrent (serangan balik) infark miokard.

Jenis obat anti hipertensi yang biasa digunakan adalah sebagai berikut :

a. Diuretik thiazide

Diuretik thiazide biasanya merupakan obat pertama yang diberikan untuk mengobati hipertensi. Diuretik membantu ginjal membuang garam dan air, yang akan mengurangi volume cairan diseluruh tubuh sehingga menurunkan tekanan darah. Diuretik juga menyebabkan pelebaran pembuluh darah. Diuretik menyebabkan hilangnya kalium melalui air kemih, sehingga kadang diberikan tambahan kalium atau obat penahan kalium. Diuretik sangat efektif pada orang kulit hitam, lanjutusia, kegemukan, dan penderita gagal jantung atau penyakit ginjal menahun.

b. Penghambat adrenergik

Penghambat adrenergik merupakan sekelompok obat yang terdiri dari *α-blocker*, *β-blocker* dan *α-β-blocker labetalol*. Obat ini menghambat efek sistem saraf simpatis yang merupakan sistem saraf yang dengan segera akan memberikan respon terhadap stress, dengan cara meningkatkan tekanan darah. Obat jenis yang paling sering digunakan adalah *β-blocker*, yang efektif diberikan pada klien usia muda, klien dengan riwayat serangan jantung, klien dengan denyut jantung yang cepat, angina pectoris (nyeri dada), dan sakit kepala migren.

c. ACE-inhibitor (*angiotensin-converting enzyme*)

ACE-Inhibitor menyebabkan penurunan tekanan darah dengan cara melebarkan arteri. Obat ini efektif diberikan pada orang kulit putih, usia muda, klien gagal jantung, klien protein uria karena penyakit

ginjal menahun ataupun penyakit ginjal diabetik, dan klien dengan impotensi sebagai efek samping dari obat yang lain.

d. Angiotensin-II-bloker

Angiotensin-II-bloker menyebabkan penurunan tekanan darah dengan suatu mekanisme yang mirip dengan *ACE-inhibitor*.

e. Antagonis kalsium

Penggunaan antagonis kalsium menyebabkan melebarnya pembuluh darah dengan mekanisme yang berbeda. Obat ini efektif diberikan pada lansia, klien angina pectoris (nyeri dada), takikardi, dan sakit kepala migren. Contoh golongan obat antagonis kalsium adalah nifedipine dengan kerja yang cepat dan dapat diberikan *per-oral* (ditelan). Obat ini dapat menyebabkan *hipotensi*, sehingga pemberiannya harus diawasi secara ketat.

f. Vasodilator langsung

Vasodilator langsung menyebabkan melebarnya pembuluh darah. Obat dari golongan ini hampir selalu digunakan sebagai tambahan terhadap obat anti-hipertensi lainnya.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) pengkajian keperawatan meliputi :

a. Aktivitas/istirahat

Gejala :Kelemahan, letih, napas pendek, gaya hidup monoton.

Tanda :Frekuensi jantung meningkat, perubahan irama jantung, takipnea.

b. Sirkulasi

Gejala :Riwayat hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung koroner atau katup dan penyakit serebrovaskular.

Episode palpitasi, perspirasi.

Tanda :Kenaikan TD (pengukuran serial dari kenaikan tekanan darah diperlukan untuk menegakkan diagnosis).

Hipotensi postural (mungkin berhubungan dengan regimen obat).

Nadi: Denyutan jelas dari karotis, jugularis, radialis; perbedaan denyut, seperti, denyut femoral melambat sebagai kompensasi denyutan radialis atau brakialis; denyut popliteal, tibialis posterior, pedalis tidak teraba atau lemah.

Denyut apikal: PMI kemungkinan bergeser atau sangat kuat.

Frekuensi atau irama: Takikardia, berbagai disritmia.

Bunyi jantung: Terdengar S₂ pada dasar; S₃ (CHF dini) S₄ (pengerasan ventrikel kiri atau hipertrofi ventrikel kiri).

Murmur stenosis valvular.

Desiran vaskular terdengar di atas karotis, femoralis, atau epigastrium (stenosis arteri).

DVJ (distensi vena jugularis) (kongesti vena).

Ekstremitas: Perubahan warna kulit, suhu dingin (vasokonstriksi perifer); pengisian kapiler mungkin lambat atau tertunda (vasokonstriksi).

Kulit Pucat, sianosis, dan diaforesis (kongesti, hipoksemia); kemerahan (feokromositoma).

c. Integritas ego

Gejala :Riwayat perubahan kepribadian, ansietas, depresi, euforia, atau marah kronik (dapat mengindikasikan kerusakan serebral).

Tanda :Letupan suasana hati, gelisah, penyempitan kontinu perhatian, tangisan yang meledak.

Gerak tangan empati, otot muka tegang (khususnya sekitar mata), gerakan fisik cepat, pernapasan menghela, peningkatan pola bicara.

d. Eliminasi

Gejala :Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu (seperti, infeksi atau obstruksi atau riwayat penyakit ginjal masa yang lalu).

e. Makanan atau Cairan

Gejala :Makanan yang disukai, yang dapat mencakup makanan tinggi garam, tinggi lemak, tinggi kolesterol (seperti, makanan yang digoreng, keju, telur); gula-gula yang berwarna hitam; kandungan tinggi kalori.

Mual muntah.

Perubahan berat badan akhir-akhir ini (meningkat/turun).

Riwayat penggunaan diuretik

Tanda :Berat badan normal atau obesitas.

Adanya edema (mungkin umum atau tertentu); kongesti vena, DVJ; glikosuria (hampir 10% pasien hipertensi adalah diabetik).

f. Neurosensori

Gejala : Keluhan pening/pusing.

Berdenyut, sakit kepala suboksipital (terjadi saat bangun dan menghilang secara spontan setelah beberapa jam).

Episode bebas dan/atau kelemahan pada satu sisi tubuh.

Gangguan penglihatan (diplopia, penglihatan kabur).

Episode epitaksis.

Tanda :Status mental: Perubahan keterjagaan, orientasi pola/isi bicara, afek, proses pikir atau memori (ingatan).

Respons motorik: Penurunan kekuatan genggam tangan atau refleks tendon dalam.

Perubahan-perubahan retinal optik: Dari sklerosis atau penyempitan arteri ringan sampai berat dan perubahan sklerotik dengan edema atau papil edema, eksudat, dan hemoragi tergantung pada berat atau lamanya hipertensi.

g. Nyeri atau Ketidaknyamanan

Gejala :Angina (penyakit arteri koroner/keterlibatan jantung).
Nyeri hilang timbul pada tungkai atau klaudikasi (indikasi arteriosklerosis pada arteri ekstremitas bawah).
Sakit kepala oksipital berat seperti yang pernah terjadi sebelumnya.
Nyeri abdomen atau massa (feokromositoma).

h. Pernafasan

Gejala :Dispnea yang berkaitan dengan aktivitas/kerja.
Takipnea, ortopnea, dispneanokturnal paroksismal.
Batuk dengan atau tanpa pembentukan sputum.
Riwayat merokok.
Tanda :Distress respirasi atau penggunaan otot aksesori pernapasan. Bunyi napas tambahan (krakles atau mengisi).
Sianosis.

i. Keamanan

Keluhan/Gejala :Gangguan koordinasi atau cara berjalan.
Episode parestesia unilateral transien.
Hipotensi postural.

j. Pembelajaran atau penyuluhan

Gejala :Faktor-faktor risiko keluarga: Hipertensi, aterosklerosis, penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit serebrovaskular atau ginjal.
Faktor-faktor risiko etnik, seperti, orang Afrika-Amerika, Asia Tenggara.
Penggunaan pil KB atau hormon lain; penggunaan obat atau alkohol.

Pemeriksaan Diagnostik

- a. Hemoglobin atau hematokrit: Bukan diagnostik tetapi mengkaji hubungan dari sel-sel terhadap volume cairan (viskositas) dan dapat mengindikasikan faktor-faktor risiko seperti hiperkoagulabilitas, anemia.
- b. BUN atau kreatinin: Memberikan informasi tentang perfusi atau fungsi ginjal.
- c. Glukosa: Hiperglikemia (diabetes mellitus adalah pencetus hipertensi) dapat diakibatkan oleh peningkatan kadar katekolamin (meningkatkan hipertensi).
- d. Kalium serum: Hipokalemia dapat mengindikasikan adanya aldosteron utama (penyebab) atau menjadi efek samping terapi diuretik.
- e. Kalsium serum: Peningkatan kadar kalsium serum dapat meningkatkan hipertensi.
- f. Kolesterol dan trigliserida serum: Peningkatan kadar dapat mengindikasikan pencetus untuk atau adanya pembentukan plak ateromatosa (efek kardiovaskular).
- g. Pemeriksaan tiroid: Hipertiroidisme dapat menimbulkan vasokonstriksi dan hipertensi.
- h. Kadar aldosterone urin atau serum: Untuk mengkaji aldosteronisme primer (penyebab).
- i. Urinalisa: Darah, protein, glukosa mengisyaratkan disfungsi ginjal dan atau adanya diabetes.
- j. VMA urin (metabolit katekolamin): Kenaikan dapat mengindikasikan adanya feokromositoma (penyebab); VMA urin 24 jam dapat dilakukan untuk pengkajian fokus feokromositoma bila hipertensi hilang timbul.
- k. Asam urat: Hiperurisemia telah menjadi implikasi sebagai faktor risiko terjadinya hipertensi.
- l. Steroid urin: Kenaikan dapat mengindikasikan hiperadrenalisme, feokromositoma atau disfungsi pituitari, sindrom cushing's; kadar renin dapat juga meningkat.

- m. IVP: Dapat mengidentifikasi penyebab hipertensi, seperti penyakit parenkim ginjal, batu ginjal atau ureter.
- n. Foto dada: Dapat menunjukkan obstruksi klasifikasi pada area katup; takik aorta; pembesaran jantung.
- o. CT scan: Mengkaji tumor cerebral, CSV, ensefalopati, atau feokrositoma.
- p. EKG: Dapat menunjukkan perbesaran jantung, pola regangan, gangguan konduksi.
Catatan: Luas, peninggian gelombang P adalah salah satu tanda dini penyakit jantung hipertensi.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2012), diagnosa keperawatan hipertensi meliputi:

1. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, *vasokonstriksi*. *Iskemia miokardia*
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
4. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik, pola hidup monoton, keyakinan budaya.
5. Koping individual inefektif berhubungan dengan krisis situasional/maturasional, perubahan hidup beragam, relaksasi tidak adekuat, sistem pendukung tidak adekuat, sedikit atau tak pernah olahraga, nutrisi buruk, harapan yang tak terpenuhi, kerja berlebihan, persepsi tidak realistis, metode koping tidak efektif.
6. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut Doenges (2012) perencanaan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, *vasokonstriksi. Iskemia miokardia*

Hasil yang diharapkan :

- a. Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD/beban kerja jantung.
- b. Mempertahankan TD dalam rentang individu yang dapat diterima.
- c. Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.

Rencana tindakan :

- a. Mandiri

- 1) Pantau TD. Ukur pada kedua tangan/paha untuk evaluasi awal.

Gunakan ukuran manset yang tepat dan teknik yang akurat.

Rasional: Perbandingan dari tekanan memberikan gambaran yang lebih lengkap tentang keterlibatan atau bidang masalah vaskular.

Hipertensi berat diklasifikasikan pada orang dewasa sebagai peningkatan tekanan diastolik sampai 130; hasil pengukuran diastolik di atas 130 dipertimbangkan sebagai peningkatan pertama, kemudian maligna. Hipertensi sistolik juga merupakan faktor risiko yang ditentukan untuk penyakit serebrovaskular dan penyakit iskemik jantung bila tekanan diastolik 90-115.

- 2) Catat keberadaan, kualitas denyutan sentral dan perifer.

Rasional: Denyutan karotis, jugularis, radialis dan femoralis mungkin teramati/terpaplasi. Denyut pada tungkai mungkin menurun, mencerminkan efek dari vasokonstriksi (peningkatan SVR) dan kongesti vena.

S₄ umum terdengar pada pasien hipertensi

3) Auskultasi jantung dan bunyi napas.

Rasional: berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium). Perkembangan S_3 menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi. Adanya krakles, dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya atau gagal jantung kronik.

4) Amati warna kulit, kelembaban, suhu, dan masa pengisian kapiler.

Rasional: Adanya pucat, dingin, kulit lembab dan masa pengisian kapiler lambat mungkin berkaitan dengan vasokonstriksi atau mencerminkan dekompensasi/penurunan curah jantung.

5) Catat edema umum/tertentu.

Rasional: Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular, membantu untuk menurunkan rangsang meningkatkan relaksasi.

6) Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung dan lamanya tinggal.

Rasional: Membantu untuk menurunkan rangsang meningkatkan relaksasi.

7) Pertahankan aktivitas, seperti, istirahat di tempat tidur/kursi; jadwal periode istirahat tanpa gangguan; bantu pasien melakukan aktivitas perawatan diri sesuai kebutuhan

Rasional: Menurunkan stres dan ketegangan yang mempengaruhi tekanan darah dan perjalanan penyakit hipertensi.

8) Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman, seperti, pijatan punggung dan leher, meninggikan kepala tempat tidur.

Rasional: Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsangan simpatis.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan obat-obat sesuai indikasi, contoh: Diuretik tiazid, mis., klorotiazid (Diuril); hidroklorotiazid (Esidrix/HidroDIURIL); bendroflumentiazid (Naturetin);

Rasional: Tiazid mungkin digunakan sendiri atau dicampur dengan obat lain untuk menurunkan TD pada pasien dengan fungsi ginjal yang relatif normal. Diuretik ini memperkuat agen-agen antihipertensi lain dengan membatasi

- 2) Bloker ganglion, mis., guanetidin (Ismelin); trimetapan (Arfonad). ACE inhibitor, mis., kaptopril (Capoten).

Rasional: Penggunaan inhibitor simpatis tambahan mungkin dibutuhkan (untuk efek kumulatifnya) bila tindakan lain gagal untuk mengontrol TD dan kerjasama pasien dengan regimen terapeutik telah ditetapkan.

- 3) Berikan pembatasan cairan dan diet natrium sesuai indikasi.

Rasional: Pembatasan ini dapat menangani retensi cairan dengan respon hipertensi dengan demikian menurunkan beban kerja jantung.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Hasil yang diharapkan :

- a. Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.
- b. Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- c. Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologis.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

- 1) Kaji respons pasien terhadap aktivitas, perhatikan frekuensi nadi lebih dari 20 kali per menit di atas frekuensi istirahat; peningkatan yang nyata selama/sesudah aktivitas (tekanan sistolik meningkat

40 mmHg atau tekanan diastolik meningkat 20 mmHg); dispnea atau nyeri dada; kelebihan dan kelemahan yang berlebihan; diaforesis; pusing atau pingsan.

Rasional: Menyebutkan parameter membantu dalam mengkaji respon fisiologi terhadap stress aktivitas dan, bila ada merupakan indikator dari kelebihan kerja yang berkaitan dengan tingkah aktivitas.

- 2) Instruksikan pasien tentang teknik penghematan energi, mis., menggunakan kursi saat mandi, duduk saat menyisir rambut atau menyikat gigi, melakukan aktivitas dengan perlahan.

Rasional: Teknik menghemat energi mengurangi penggunaan energi juga membantu keseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- 3) Berikan dorongan jika dapat toleransi, berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional: Kemajuan aktivitas bertahap mencegah peningkatan kerja jantung tiba-tiba. Memberikan bantuan hanya sebatas kebutuhan akan mendorong kemandirian dalam melakukan aktivitas.

3. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.
- b. Melaporkan nyeri/ketidnyamanan hilang/terkontrol.
- c. Mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.

Rencana Tindakan :

- a. Mandiri

- 1) Mempertahankan tirah baring selama fase akut.

Rasional: Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi.

- 2) Berikan tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya, kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan

leher, tenang, redupkan lampu kamar, teknik relaksasi (panduan imajinasi, distraksi) dan aktivitas waktu senggang.

Rasional: Tindakan yang menurunkan tekanan vaskuler serebral dan yang memperlambat atau memblok respon simpatis efektif dalam menghilangkan sakit kepala dan komplikasinya.

- 3) Hilangkan atau minimalkan aktivitas vasokonstriksi yang dapat meningkatkan sakit kepala, misalnya, mengejan saat BAB, batuk panjang, membungkuk.

Rasional: Aktivitas yang meningkatkan vasokonstriksi menyebabkan sakit kepala pada adanya peningkatan tekanan vaskuler serebral.

- 4) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan.

Rasional: Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. Pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.

- 5) Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi perdarahan hidung atau kompres hidung telah dilakukan untuk menghentikan perdarahan.

Rasional: Meningkatkan kenyamanan umum. Kompres hidung dapat mengganggu menelan atau membutuhkan napas dengan mulut menimbulkan stagnasi dan mengeringkan membran mukosa.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan sesuai indikasi: Analgesik

Rasional: Menurunkan atau mengontrol nyeri dan mengurangi dan menurunkan rangsangan sistem saraf simpatis.

4. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik, pola hidup monoton, keyakinan budaya.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mengidentifikasi hubungan antara hipertensi dan kegemukan.
- b. Penunjukkan perubahan pola makan (misalnya, pilihan makanan, kuantitas, dan sebagainya), mempertahankan berat badan yang diinginkan dengan pemeliharaan kesehatan optimal.
- c. Melakukan/mempertahankan program olahraga yang tepat secara individual.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

- 1) Kaji pemahaman pasien tentang hubungan langsung antara hipertensi dan kegemukan.

Rasional: Kegemukan adalah risiko tambahan pada tekanan darah tinggi karena disporiantara kapasitas aorta dan peningkatan curah jantung berkaitan dengan peningkatan massa tubuh.

- 2) Bicarakan pentingnya menurunkan masukan kalori dan batasi masukan lemak garam dan gula sesuai indikasi.

Rasional: Kesalahan kebiasaan makan menunjang terjadinya aterosklerosis dan kegemukan, yang merupakan predisposisi untuk hipertensi dan komplikasinya, mis., stroke, penyakit ginjal, gagal jantung. Kelebihan masukan garam memperbanyak volume cairan intravaskuler dan dapat merusak ginjal yang lebih memper buruk hipertensi.

- 3) Tetapkan keinginan pasien menurunkan berat badan.

Rasional: Motivasi untuk penurunan berat badan adalah internal. Individu harus berkeinginan untuk menurunkan berat badan, bila tidak maka program sama sekali tidak berhasil.

- 4) Kaji ulang masukan kalori harian dan pilihan diit.

Rasional: Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dalam program diit terakhir. Membantu dalam menentukan kebutuhan individu untuk penyesuaian/penyuluhan.

- 5) Instruksikan dan bantu memilih makanan yang tepat, hindari makanan dengan kejenuhan lemak tinggi (mentega, keju telur es

krim daging) dan kolesterol daging berlemak kuning telur sama produk kalengan, jeroan).

Rasional: Menghindari makanan tinggi lemak jenuh dan kolesterol penting dalam mencegah perkembangan aterosclerosis.

b. Kolaborasi

1) Rujuk ke ahli gizi sesuai indikasi.

Rasional: Memberikan konseling dan bantuan dengan memenuhi kebutuhan diindividual.

5. Koping individual inefektif berhubungan dengan krisis situasional/maturasional, perubahan hidup beragam, relaksasi tidak adekuat, sistem pendukung tidak adekuat, sedikit atau tak pernah olahraga, nutrisi buruk, harapan yang tak terpenuhi, kerja berlebihan, persepsi tidak realistis, metode koping tidak efektif.

Hasil yang diharapkan :

- a. Mengidentifikasi perilaku koping efektif dan konsekuensinya.
- b. Menyatakan kesadaran kemampuan koping/kekuatan pribadi.
- c. Mengidentifikasi potensial situasi stres dan mengambil langkah untuk menghindari atau mengubahnya.
- d. Mendemonstrasikan penggunaan keterampilan atau metode koping efektif.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

- 1) Kaji keefektifan strategi koping dengan mengobservasi perilaku, misalnya, kemampuan menyatakan perasaan dan perhatian, keinginan berpartisipasi dalam rencana pengobatan.

Rasional: Mekanisme adaptif perlu untuk mengubah pola hidup seseorang, mengatasi hipertensi kronik, dan

mengintegrasikan terapi yang diharuskan ke dalam kehidupan sehari-hari.

- 2) Catat laporan gangguan tidur, peningkatan keletihan, kerusakan konsentrasi, peka rangsang, penurunan toleransi, kerusakan konsentrasi, sakit kepala, ketidakmampuan untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah.

Rasional: Manifestasi mekanisme koping maladaptive mungkin merupakan indikator marah yang ditekan dan diketahui telah menjadi penentu utama TD diastolik.

- 3) Bantu pasien untuk mengidentifikasi stresor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya.

Rasional: Pengenalan terhadap stresor adalah langkah pertama dalam mengubah respons seseorang terhadap stresor.

- 4) Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimum dalam rencana pengobatan.

Rasional: Keterlibatan memberikan pasien perasaan kontrol diri yang berkelanjutan, memperbaiki keterampilan koping, dan dapat meningkatkan kerja sama dalam regimen terapeutik.

- 5) Bantu pasien untuk mengidentifikasi dan mulai merencanakan perubahan hidup yang perlu. Bantu untuk menyesuaikan, ketimbang membatalkan tujuan diri atau keluarga.

Rasional: Perubahan yang perlu harus diprioritaskan secara realistis untuk menghindari rasa tidak menentu dan tidak berdaya.

6. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan atau daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa.

Hasil yang diharapkan :

- a. Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan.
- b. Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan.
- c. Mempertahankan TD dalam parameter normal.

Rencana tindakan :

a. Mandiri

- 1) Kaji kesiapan dan hambatan dalam belajar. Termasuk orang terdekat.

Rasional: Kesalahan konsep dan menyangkal diagnosa karena perasaan sejahtera yang sudah lama dinikmati mempengaruhi minat pasien atau orang terdekat untuk mempelajari penyakit, kemajuan, dan prognosis. Bila pasien tidak menerima realitas bahwa membutuhkan pengobatan kontinu, maka perubahan perilaku tidak akan dipertahankan.

- 2) Tetapkan dan nyatakan batas TD normal. Jelaskan tentang hipertensi dan efeknya pada jantung, pembuluh darah, vena, ginjal dan otak.

Rasional: Memberikan dasar untuk pemahaman tentang peningkatan TD dan mengklarifikasi istilah medis yang sering digunakan. Pemahaman bahwa TD tinggi dapat terjadi tanpa gejala adalah ini untuk memungkinkan pasien melanjutkan pengobatan meskipun ketika merasa sehat.

- 3) Hindari mengatakan TD 'normal' dan gunakan istilah "terkontrol dengan baik" saat menggambarkan PD pasien dalam batas yang diinginkan.

Rasional: Karena pengobatan untuk hipertensi adalah sepanjang kehidupan, maka dengan penyampaian ide terkontrol akan membantu pasien untuk memahami kebutuhan untuk melanjutkan pengobatan atau meditasi.

- 4) Bantu pasien dalam mengidentifikasi faktor-faktor risiko kardiovaskular yang dapat diubah, misalnya, obesitas, diit tinggi lemak jenuh, dan kolesterol, pola hidup monoton, merokok dan minum alkohol (lebih dari 60 cc/hari dengan teratur), pola hidup stress.

Rasional: Faktor-faktor risiko ini telah menunjukkan hubungan dalam menunjang hipertensi dan sakit kardiovaskular serta ginjal.

- 5) Bahas pentingnya menghentikan rokok dan membantu pasien dalam membuat rencana untuk berhenti merokok.

Rasional: Nikotin meningkatkan pelepasan katekolamin, mengakibatkan peningkatan frekuensi jantung, TD dan vasokonstriksi mengurangi oksigenisasi jaringan, dan meningkatkan beban kerja miokardium.

H. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan klien (Kodim, 2015).

I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tindakan intelektual untuk melengkapi proses

keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Kodim, 2015).

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien Ny. E, jenis kelamin perempuan, dengan usia 64 tahun, status perkawinan menikah, beragama Islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA), bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Indonesia, pekerjaan pensiunan sejak 2013, alamat pasien Jakarta Timur, sumber biaya pribadi. Sumber informasi data didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medik dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien Ny. E umur 64 tahun datang ke UGD Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Barat pada tanggal 09 Februari 2020 pukul 22.10 WIB diantar oleh keluarganya, dengan keadaan umum sakit sedang kesadaran composmentis. Pasien datang dengan keluhan pasien mengatakan sakit kepala sejak 3 hari yang lalu, pusing, lemas, mual tidak nafsu makan, demam. Dilakukan pengkajian dengan hasil GCS15 E4 M6 V5 tingkat kesadaran composmentis (CM), TTV TD 182/101 mmHg, RR 20 x/menit, HR 91 x/menit, suhu 37,8°C. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan rasa nyaman : nyeri (sakit kepala). Tindakan mandiri keperawatan yang telah dilakukan yaitu memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan tehnik relaksasi nafas dalam. Tindakan yang telah dilakukan adalah memberikan terapi obat tamolive 1gr sesuai dengan program medis melalui infus line, pasien sedang di cek darah lengkap namun hasil belum keluar. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi tujuan belum tercapai, intervensi

dilanjutkan di ruang rawat keperawatan medikal bedah, ruang mawar 401.1.

3. Riwayat Keperawatan

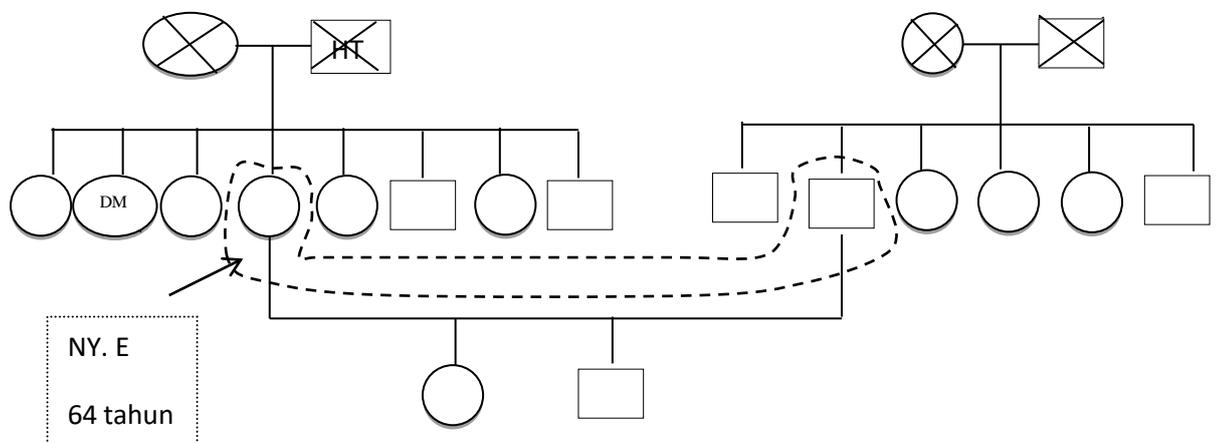
a. Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan utama saat ini pasien Ny. E mengatakan sakit kepala seperti nyut-nyutan, terutama bagian tengkuk, pusing, lemas, terasa mual dan tidak nafsu makan. Faktor pencetus dengan adanya peningkatan tekanan darah, upaya untuk mengatasi pasien mengatakan minum obat aprovel 150mg dari dokter namun sudah 3 hari tidak ada perubahan.

b. Riwayat kesehatan masa lalu

Riwayat penyakit sebelumnya pasien mengatakan hipertensi sudah kurang lebih 7 tahun sejak pensiun tahun 2013, riwayat alergi pasien mengatakan ada riwayat alergi terhadap obat truvez dan obat alleryn syrup, pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi terhadap makanan, binatang, maupun lingkungan. Riwayat pemakaian obat pasien mengatakan rutin mengonsumsi obat aprovel 150mg rutin meminum obat dan mengontrol tekanan darahnya.

c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :



: Laki-Laki



: Meninggal



: Perempuan



: Menikah



: Klien



: Garis keturunan

- - - - - : Tinggal serumah

Ny. E umur 64 tahun adalah seorang ibu rumah tangga, pensiunan sejak 2013. Pasien memiliki 2 orang anak yaitu laki-laki dan perempuan, pasien mengatakan tinggal bersama suaminya.

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Pasien mengatakan orangtua pasien ayahnya mempunyai riwayat hipertensi, lalu kakak kedua dari pasien mempunyai riwayat diabetes melitus (DM)

e. Riwayat psikososial dan spiritual

1) Adakah orang terdekat dengan klien

Pasien mengatakan orang yang terdekat adalah suami dan anaknya.

2) Interaksi dalam keluarga

Pola komunikasi nya baik, dua arah bermusyawarah. Pembuatan keputusan oleh suaminya, kegiatan kemasyarakatan pasien mengatakan mengikuti arisan rutin setiap minggu dan pengajian setiap malam jum'at.

3) Dampak penyakit klien terhadap keluarga

Suami dan anaknya merasa khawatir terhadap penyakit yang diderita pasien.

4) Masalah yang mempengaruhi pasien

Pasien mengatakan saat ini tidak ada masalah yang dipikirkan pasien.

5) Mekanisme koping terhadap stress

Pasien mengatakan jika sedang stress mekanisme kopingnya adalah menonton TV dan tidur.

6) Persepsi klien terhadap penyakitnya

Pasien mengatakan tidak ada hal yang dipikirkan saat ini, pasien mengatakan harapan setelah menjalani perawatan cepat sembuh dan dapat beraktivitas kembali, pasien mengatakan perubahan yang dirasakan setelah sakit adalah badan menjadi lemas, sakit kepala, pusing dan mual, nafsu makan menurun.

7) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak ada nilai-nilai yang bertentangan di agama dengan kesehatannya, pasien mengatakan beragama islam beribadah sholat 5 waktu dan berdoa setelah melakukan sholat. Pasien mengatakan keadaan rumah bersih, terdapat ventilasi agar cahaya masuk kedalam rumah, sampah selalu dibuang ditempat sampah samping rumah dan rumah pasien bertingkat namun pasien tidak di izinkan untuk naik ke lantai atas.

8) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan keadaan rumah bersih, terdapat ventilasi agar cahaya masuk kedalam rumah, sampah selalu dibuang ditempat sampah samping rumah dan rumah pasien bertingkat namun pasien tidak di izinkan untuk naik ke lantai atas.

f. Pola kebiasaan

1) Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makan 3x/hari, nafsu makan baik mual muntah tidak ada, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. Namun 3 hari sebelum masuk RS klien mengatakan sudah tidak nafsu makan hanya bisa makan $\frac{1}{2}$ karena terasa mual. Pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan termasuk makan makanan yang asin. Pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan. Tidak ada makanan yang membuat alergi, pasien mengatakan makanan di rumah sayur-sayuran bening. Tidak ada makanan diet sebelumnya, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit.

Pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien makan 3x sehari, nafsu makan tidak baik karena mengeluh mual dan tidak nafsu makan, pasien menghabiskan hanya $\frac{1}{2}$ porsi makan, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, makanan diet selama di rumah sakit diit lunak rendah garam 1700kal. Pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan. Pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

2) Pola eliminasi

Pasien mengatakan sebelum dirawat frekuensi BAK 6-8 x/hari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK, selama dirawat tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan BAB 1 x/hari, BAB dipagi hari tetapi waktunya tidak menentu, warna BAB kuning kecoklatan dan berbau khas, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan Laxatif.

Pasien mengatakan saat dirawat di rumah sakit, BAK 5-6 x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK. Pasien

tampak tidak menggunakan alat bantu untuk BAK dan pasien mengatakan BAB sejak dirawat belum. Saat pengkajian, pasien mengatakan sudah BAK 3-5 x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 2 x/hari saat pagi dan sore hari. Sikat gigi 3 x/hari waktunya pagi, sore dan malam sebelum tidur, pasien mencuci rambut 2-3 x/minggu.

Sejak sakit dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan mandi hanya 1x/hari dengan mandi sendiri dibantu oleh anaknya, karena pasien tidak ingin di mandikan oleh perawat, pasien mengatakan mandi hanya membasuh bagian muka dan anggota badannya. Sikat gigi 1x/hari hanya pagi saja saat mandi, pasien mengatakan tidak ingin mencuci rambut ketika dirumah sakit, pasien ingin mencuci rambut setelah pulang dari rumah sakit.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur siang 3-4 jam/hari. Tidur malam biasanya pukul 21.00 WIB bangun tidur pukul 05.00 WIB 7-8 jam/hari, pola kebiasaan sebelum tidur menonton TV.

Sejak sakit dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan sulit tidur saat berada di rumah sakit, pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang diruangan, pasien tidur hanya 1-2jam. Pada malam hari pasien bisa tidur dari pukul 20.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB. Sebelum tidur seperti biasa pasien menonton TV.

5) Pola aktivitas dan harian

Sebelum sakit, pasien mengatakan sudah tidak bekerja sejak 2013, pasien mengatakan tidak pernah berolahraga meskipun anaknya selalu mengajaknya lari pagi setiap minggu. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas hanya saja kadang merasa cepat lelah, pasien mengatakan dirumah suka melakukan kegiatan sehari-hari seperti menggosok baju dan melakukan aktivitas lainnya.

Setelah sakit dirawat di rumah sakit, pasien mengatakan tidak mengerjakan pekerjaan rumah tangga apapun dirumah selain istirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan lelah dan pusing, pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan pada satu sisi tubuh. pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menggerakkan anggota tubuh. Pasien mengatakan masih dapat melakukan aktivitas nya sendiri seperti makan, dan ke kamar mandi namun di dampingi oleh anak atau suaminya.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit dan pada saat di rumah sakit pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan serta tidak menggunakan NAPZA.

4. Pengkajian fisik :

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit adalah 74 kg (Ditimbang 5 hari sebelum sakit), berat badan saat ini 73 kg terjadi penurunan berat badan 1 kg, tinggi badan 160 cm, IMT pasien 28kg/m^2 (obesitas). Keadaan umum pasien sakit sedang kesadaran composmentis E:4, M:6, V:6, pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata tampak normal, pergerakan bola mata tampak normal. konjungtiva tampak anemis, kornea tampak normal, sklera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan pasien tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan pemakaian kaca mata, pasien tidak menggunakan lensa mata, dan reaksi terhadap cahaya dengan diameter pupil +2/+2.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak tampak serumen atau cairan dalam telinga, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh di telinga, tidak ada tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan tampak bersih, pasien tidak mengeluh sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 18 x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan spontan, tidak ada batuk dan tidak ada sputum, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran lapang paru kanan dan kiri sama kuat, perkusi dada sonor, suara nafas terdengar vesikuler, pasien mengatakan saat bernafas tidak mengeluh nyeri, dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

e. Sistem kardiovaskuler

Frekuensi nadi pasien 79 x/menit, irama teratur, denyut nadi teraba kuat, tekanan darah 167/98 mmHg, nilai MAP 121 mmHg. Tidak

ada distensi vena jugularis pada kanan dan kiri pasien, kulit teraba hangat, warna kulit pasien kemerahan, suhu 36.7°C , pengisian kapiler 3 detik, tidak ada edema. Kecepatan denyut apical 79 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan pasien mengatakan tidak mengeluh sakit dada.

f. Sistem hematologi

Kulit pasien tampak tidak pucat dan tidak ada perdarahan pada pasien.

g. Sistem syaraf pusat

Pasien mengeluh pusing dan terasa sakit kepala, tingkat kesadaran komposmetis dengan nilai GCS E:4, M:6, V:5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis pasien normal, dan reflek patologis tidak ada.

h. Sistem pencernaan

Gigi pasien tidak tampak caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak tidak kotor, salivasi normal, tidak ada muntah. Pasien mengatakan tidak nyeri pada daerah perut. Bising usus 12 x/menit, pasien tidak mengeluh ada diare, dan pasien tidak mengeluh ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba dan abdomen teraba lembek.

i. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas pasien tidak berbau keton. Pasien tidak mengalami poliuria, polidipsi, polipagi, dan tidak ada luka ganggren pada pasien.

j. Sistem urogenital

Balance cairan : intake: infus 500ml, oral 600ml, total 1100ml.
output: urine 900ml, IWL 730ml (243,3ml/8jam), total 1143,3ml.
Balance cairan: 1100ml-1143,3ml = -43 /8jam. Pasien tidak mengalami perubahan pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi atau ketegangan kandung kemih, dan pasien tidak ada keluhan sakit pinggang.

k. Sistem integumen

Turgor kulit elastis, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit pasien tampak kemerahan, keadaan kulit baik, tidak ada kelaian kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik tidak ada tanda-tanda plebhitis pada daerah pemasangan infus, tekstur keadaan rambut pasien baik, dan rambut pasien tampak bersih.

l. Sistem muskuloskeletal

Pasien mengatakan tidak merasakan kesulitan dalam bergerak, tidak sakit pada tulang dan sendi. Pasien tidak ada fraktur. Kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang tidak ada, Keadaan tonus otot baik. Kekuatan otot pada ekstremitas atas, bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5.

m. Data tambahan

Pasien mengatakan mengetahui penyakit yang diderita (hipertensi), namun pasien mengatakan masih belum memahami penyebab hipertensi, tanda dan gejala serta penanganannya seperti apa ketika ditanya oleh perawat pasien tampak bingung menjawab pertanyaan dari perawat. Pasien hanya tau jika hipertensi tekanan darahnya tinggi, sebelum dirawat pasien mengatakan tidak ada pantangan makanan termasuk makan makanan yang asin, semua jenis makanan yang disukai dimakan oleh pasien. Pasien mengatakan rutin

mengonsumsi obat-obatan dari dokter yaitu obat aprovel 150 mg rutin meminum obat dan mengontrol tekanan darahnya.

5. Data penunjang

Tanggal 09 Februari 2020

Elektrokardiogram

Interpretasi : Sinus ritme (normal)

Tanggal 10 Februari 2019

Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Kimia :

Hematologi: Hemoglobin 9.2 g/dl* (12.5 – 16.0 g/dl), hematokrit 30 vol%* (37 – 47 vol%), eritrosit 4.14 juta/ul* (4.20 – 5.40 juta/ul). Nilai eritrosit rata-rata MCV 73 Fl* (78 - 100 Fl), MCH 22 pg* (27 – 31 pg), MCHC 31 % (32 – 36 %). Fungsi hati SGPT 77 u/L* (0 – 33 u/L). Elektrolit kalium 3.17 mmol/l* (3.50 – 5.50 mmol/l)

Thorax :

Sinus dan diaphragma normal, tak tampak infiltrat pada paru, cardio thoracis ratio >50% (AP)

Kesan : Paru normal.

6. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan obat-obatan oral yaitu frego 1 x 5 mg, sanmol 3 x 500 mg, irbesartan 1 x 150 mg, emineton 2 x 620 mg. Pasien mendapatkan cairan melalui infus Assering 500ml / 8 jam. Pasien mendapatkan terapi makanan diet rendah garam 1700kkal.

7. Data fokus

Pasien dengan Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: composmentis, GCS: 15 E: 4 V: 5 M: 6, tanda-tanda vital: tekanan darah: 167/98 mmHg, frekuensi nadi: 79x/menit, frekuensi nafas: 20 x/menit, temperature suhu: 36,7°C.

a. Kebutuhan sirkulasi

Data subjektif : pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan lemas.

Data Objektif : TD: 167/98 mmHg, Nadi: 79 x/menit, denyut nadi kuat, suhu 36,7°C. MAP 121 mmHg. CRT <3detik, tidak tampak edema. Hasil Elektrokardiogram Interpretasi : Sinus ritme (normal), hasil pemeriksaan laboratorium kalium 3.17 mmol/l*

b. Kebutuhan nutrisi

Data subjektif : Pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya habis ½ porsi, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 74 kg setelah sakit 73 kg, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan.

Data Objektif : Pasien tampak menghabiskan makan hanya ½ porsi makanan, konjungtiva anemis, BB setelah sakit 73kg, Hemoglobin 9.2 g/dl*.

c. Kebutuhan rasa nyaman

Data subjektif : Pasien mengatakan sakit pada kepala, pasien mengatakan sakit nyeri pada kepala sejak 3 hari lalu sebelum masuk rumah sakit, seperti nyut-nyutan, kepala sebelah kiri terutama arah tengkuk, skala nyeri 3, pasien mengatakan sekitar 5 menit.

Data Objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah , TD 167/98 mmHg, N: 79 x/menit, tingkat

kesadaran composmetis, pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler.

d. Aktualisasi diri : Pengetahuan pembelajaran

Data subjektif : Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya hanya tekanan darah tinggi, pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab, tanda dan gejala yang diderita penyakit pasien.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit yang diderita.

8. Analisa data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit kepala, - Pasien mengatakan pusing, - Pasien mengatakan lemas, <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 167/98 mmHg, Nadi: 79 x/menit, Suhu 36,7°C, RR 18 x/menit. - MAP 121 mmHg - CRT <3detik, - Hasil 	Pernurunan curah jantung	Perubahan afterload

2.	<p>Elektrokardiogram Interpretasi : Sinus ritme (normal),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan laboratorium kalium 3.17 mmol/l* <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual, - Pasien mengatakan tidak nafsu makan, - Pasien mengatakan porsi makan hanya habis ½ porsi, - Pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 74 kg setelah sakit 73 kg, - Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan makan hanya ½ porsi makanan, 	Resiko defisit nutrisi	Intake yang tidak adekuat
----	--	------------------------	---------------------------

3.	<ul style="list-style-type: none"> - Konjungtiva anemis, - BB setelah sakit 73kg, - Hemoglobin 9.2 g/dl*, <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sakit pada kepala, - Pasien mengatakan sakit nyeri pada kepala sejak 3 hari lalu sebelum masuk rumah sakit, seperti nyut-nyutan, kepala sebelah kiri terutama arah tengkuk, skala nyeri 3, pasien mengatakan sekitar 5 menit. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis kesakitan, - Pasien tampak gelisah , - TD 167/98 mmHg, - N: 79 x/menit, - Tingkat kesadaran composmetis, - Pasien tampak 	<p>Gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskular serebral.</p>
----	--	--	---

4.	<p>berbaring dengan posisi semifowler.</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya hanya tekanan darah tinggi, - Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab, tanda dan gejala yang diderita penyakit pasien. - pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ±7tahun lalu. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit yang diderita. 	Resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi	Kurang memahami terkait penyakit
----	--	--	----------------------------------

B. Diagnosa keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload
2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat
3. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral
4. Resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit

C. Rencana, Pelaksanaan, dan Evaluasi keperawatan

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload

Data subjektif : Pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan pusing, pasien mengatakan lemas.

Data Objektif : TD: 167/98 mmHg, Nadi: 79 x/menit, denyut nadi kuat, RR 18 x/menit, suhu 36,7°C. CRT <3detik, turgor kulit elastis. Hasil Elektrokardiogram Interpretasi : Sinus ritme (normal), hasil pemeriksaan laboratorium kalium 3.17 mmol/l*

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif.

Kriteria hasil : Tekanan darah pasien dalam batas normal (sistole 120-130 dan diastole 80-90 mmHg), pasien tidak mengeluh sakit kepala, pusing, dan lemas.

Rencana Tindakan

- a. Kaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) setiap 8 jam
- b. Observasi turgor kulit, kelembaban, dan pengisian kapiler
- c. Berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler
- d. Beri terapi obat irbesartan 1 x 150mg dan frego 1 x 5 mg melalui oral sesuai dengan program medis

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan obat irbesartan 150mg dan frego 5 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.10 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 158/90 mmHg, frekuensi nadi: 70 x/menit, frekuensi pernafasan: 16 x/menit. Pukul 08.30 Mengobservasi turgor kulit, kelembaban dan pengisian kapiler dengan hasil turgor kulit elastis, kulit lembab dan CRT <3 detik. Pukul 09.00 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini dan pasien mengatakan pusing. Pukul 13.30 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 164/100 mmHg, frekuensi nadi: 74 x/menit, frekuensi pernafasan: 18 x/menit. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengobservasi turgor kulit, kelembaban dan pengisian kapiler dengan hasil turgor kulit elastis, kulit lembab dan CRT <3 detik. Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 155/101 mmHg, frekuensi nadi: 72 x/menit, frekuensi pernafasan: 17 x/menit. Pukul 05.30 WIB perawat ruangan mengkaji keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 166/100 mmHg, frekuensi nadi: 69 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit.

Evaluasi Keperawatan tanggal jam 10 Februari 2020 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dan pasien mengatakan pusing.

Objektif :TD: 164/100 mmHg, frekuensi nadi: 74 x/menit, frekuensi pernafasan: 18 x/menit.

Analisa :Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning :Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan obat irbesartan 150mg dan frego 5 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 10.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 155/89 mmHg, frekuensi nadi: 67 x/menit, frekuensi pernafasan: 18 x/menit. Pukul 10.10 WIB mengobservasi turgor kulit, kelembaban dan pengisian kapiler dengan hasil turgor kulit elastis, kulit lembab dan CRT <3 detik. Pukul 12.00 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini. Pukul 16.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 170/100 mmHg, frekuensi nadi: 70 x/menit, frekuensi pernafasan: 17 x/menit. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan mengobservasi turgor kulit, kelembaban dan pengisian kapiler dengan hasil turgor kulit elastis, kulit lembab dan CRT <3 detik. Pukul 05.30 WIB perawat ruangan mengkaji keadaan umum pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 150/93 mmHg, frekuensi nadi: 58 x/menit, frekuensi pernafasan: 18 x/menit. Pemeriksaan Laboratorium dengan hasil kalium 3.44 mmol/l*.

Evaluasi Keperawatan tanggal jam 11 Februari 2020 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi-fowler.

Objektif : TD: 155/89 mmHg, frekuensi nadi: 67 x/menit, frekuensi pernafasan: 18 x/menit, turgor kulit elastis.

Analisa :Masalah teratasi tertasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning :Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan obat irbesartan 150mg dan frego 5 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 09.00 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler dengan hasil pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dan pasien mengatakan tidak pusing dan tidak lemas. Pukul 10.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, nadi, RR) pasien dengan hasil TD: 137/90 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit. Pukul 10.20 WIB mengobservasi turgor kulit, kelembaban dan pengisian kapiler dengan hasil turgor kulit elastis, kulit lembab dan CRT <3 detik.

Evaluasi Keperawatan tanggal jam 12 Februari 2020 14.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dan pasien mengatakan tidak pusing, dan tidak lemas.

Objektif : TD: 137/90 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit.

Analisa : Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning : Hentikan semua intervensi, pasien pulang.

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat.

Data subjektif : Pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya habis ½ porsi, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 74 kg setelah sakit 73 kg, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan.

Data Objektif : Pasien tampak menghabiskan makan hanya ½ porsi makanan, konjungtiva anemis, BB setelah sakit 73kg, Hemoglobin 9.2 g/dl*.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria hasil : Keluhan mual pasien hilang, nafsu makan kembali normal, pasien menghabiskan makanannya 1 porsi, tidak terjadi penurunan berat badan kembali, konjungtiva an-anemis.

Rencana Tindakan

- a. Monitor keluhan mual dan muntah per shift
- b. Monitor asupan makanan pershift.
- c. Identifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai pasien
- d. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
- e. Beri terapi obat emineton 2 x 620 mg melalui oral sesuai dengan program medis.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan masih mual tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai dengan hasil pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan. Pukul 12.30 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan habis hanya 5 - 6 sendok. Pukul 12.45 WIB menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat. Pukul 13.00 WIB memberikan terapi obat emineton 620 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. WIB 18.00 WIB perawat ruangan memonitor

asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan habis hanya 1/2 porsi. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan masih mual tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 10 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan masih mual dan tidak nafsu makan, pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan, pasien mengatakan makan habis hanya 5 - 6 sendok, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran perawat yaitu makan sedikit tapi sering.

Objektif :Makan habis hanya 5 - 6 sendok, muntah tidak ada.

Analisa :Masalah tidak terjadi, tujuan belum tercapai

Planning :Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.30 WIB memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan membaik. Pukul 12.30 WIB memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan habis 1 porsi makanan. Pukul 13.00 WIB memberikan terapi obat emineton 620 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. WIB 18.00 WIB perawat ruangan memonitor asupan makanan dengan hasil pasien mengatakan makan habis hanya 1 porsi makanan. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dan muntah dengan hasil pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan membaik.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan membaik, pasien mengatakan makan habis 1 porsi makanan.

Objektif :Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, muntah tidak ada.

Analisa :Masalah tetap resiko, tujuan tercapai.

Planning :Hentikan semua intervensi.

3. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.

Data subjektif : Pasien mengatakan sakit pada kepala, pasien mengatakan sakit nyeri pada kepala sejak 3 hari lalu sebelum masuk rumah sakit, seperti nyut-nyutan, kepala sebelah kiri terutama arah tengkuk, skala nyeri 3, pasien mengatakan sekitar 5 menit.

Data Objektif : Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, TD 167/98 mmHg, MAP 121 mmHg, N: 79 x/menit, tingkat kesadaran composmetis, pasien tampak berbaring dengan posisi semifowler.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil :Pasien tidak merasakan nyeri, skala nyeri 0-1, tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100

x/menit), frekuensi pernafasan dalam batas normal (12-20 x/menit), wajah tampak rileks.

Rencana Tindakan

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri
- b. Identifikasi respon nyeri non verbal (ekspresi wajah pasien)
- c. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam)
- d. Beri terapi obat sanmol 3 x 500 mg melalui oral sesuai dengan program medis.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.50 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dikepala seperti nyut-nyutandengan skala nyeri 4 durasi \pm 5-10 menit. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis kesakitan dan gelisah. Pukul 13.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.40 WIB mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien dapat melaukan tehnik relaksasi nafas dalam. Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dikepala seperti nyut-nyutandengan skala nyeri 4. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dikepala dengan skala nyeri 3.

Evaluasi Keperawatan tanggal 10 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan nyeri dikepala seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 durasi \pm 5-10 menit.

Objektif :Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah gelisah.

Analisa :Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning :Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.50 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan sakit dikepala dengan skala nyeri 3durasi \pm 5 menit. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis kesakitan. Pukul 10.00 WIB mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan hasil pasien tampak dapat melaukan tehnik relaksasi nafas dalam. Pukul 13.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dikepala seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 3. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan sakit dikepala dengan skala nyeri 2.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan sakit dikepala dengan skala nyeri 3durasi \pm 5 menit.

Objektif :Pasien tampak meringis kesakitan, tampak dapat melaukan tehnik relaksasi nafas dalam.

Analisa :Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning :Lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 12 Februari 2020

Pukul 08.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 08.50 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri dengan hasil pasien mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa dengan skala nyeri 0. Pukul 09.30 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak tersenyum, tenang. Pukul 13.00 WIB memberikan terapi obat sanmol 500 mg melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi Keperawatan tanggal 12 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa dengan skala nyeri 0.

Objektif :Pasien tampak tersenyum, tenang tidak gelisah.

Analisa :Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning :Hentikan semua intervensi.

4. Resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit.

Data subjektif : Pasien mengatakan mengetahui penyakit nya hanya tekanan darah tinggi, pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab, tanda dan gejala yang diderita penyakit pasien. Pasien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi ±7tahun lalu.

Data Objektif : Pasien tampak bingung ketika ditanya tentang penyakit yang diderita.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengetahui penyakit yang diderita (hipertensi)

Kriteria hasil : pasien paham mengenai penyakit yang dideritanya.

Rencana Tindakan

- a. Kaji pengetahuan terkait penyakit yang dialami pasien,
- b. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi,
- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan,
- d. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Pelaksanaan keperawatan tanggal 10 Februari 2020

Pukul 10.30 WIB Mengkaji pengetahuan terkait penyakit yang dialami pasien dengan hasil pasien mengatakan hanya mengetahui hipertensi tekanan darah tinggi, pasien mengatakan tidak tahu penyebab nya, pasien mengatakan belum memahami lebih jelas terkait penyakitnya, pasien tampak bingung. Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi dengan hasil pasien mengatakan hanya mengetahui penyakit yang diderita tekanan darah tinggi, pasien

mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab tanda dan gejala, penanganan yang diderita. Pukul 11.25 WIB menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan hasil Pasien mengatakan hari esok saja, pasien mengatakan pagi hari sekitar jam 10 WIB, pasien tampak kooperatif.

Evaluasi Keperawatan tanggal 10 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan hanya mengetahui hipertensi tekanan darah tinggi, pasien mengatakan tidak tahu penyebab nya, pasien mengatakan belum memahami lebih jelas terkait penyakitnya, pasien tampak bingung. Pasien mengatakan hanya mengetahui penyakit yang diderita tekanan darah tinggi, pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyebab tanda dan gejala, penanganan yang diderita. Pasien mengatakan hari esok saja, pasien mengatakan pagi hari sekitar jam 10 WIB,

Objektif :Pasien tampak kooperatif.

Analisa :Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai.

Planning :Lanjutkan intervensi nomer 2.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 11 Februari 2020

Pukul 10.00 WIB memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dengan hasil pasien mengatakan menjadi lebih mengetahui terkait penyakit hipertensi, pasien tampak kooperatif, setelah dilakukan pendidikan kesehatan mengevaluasi pasien mampu mengetahui tentang penyakit hipertensi yang diderita.

Evaluasi Keperawatan tanggal 11 Februari 2020 jam 14.00 WIB

Subjektif :Pasien mengatakan menjadi lebih mengetahui terkait penyakit hipertensi

Objektif :Pasien tampak kooperatif. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan pasien mampu mengevaluasi tentang penyakit hipertensi yang diderita

Analisa :Masalah teratasi, tujuan tercapai.

Planning :Hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Menurut Doenges (2012), pada aktivitas dan istirahat ditemukan tanda dan gejala pada pasien dengan hipertensi yaitu, sesak nafas, kondisi sesak nafas dapat terjadi bila adanya gangguan pada paru-paru apabila arteri diparu-paru menyempit, sehingga aliran darah terhambat membuat oksigen tidak dapat dialirkan ke seluruh tubuh kemudian dapat menimbulkan sesak nafas. Namun hal ini pada kasus tidak ditemukan sesak nafas pada pasien, dibuktikan dengan saat menanyakan keluhan kepada pasien, pasien mengatakan tidak sesak nafas dapat dibuktikan dengan hasil frekuensi pernafasan pasien 18 x/menit, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu nafas.

Menurut Doenges (2012), ditemukan tanda dan gejala seperti gaya hidup kurang bergerak, namun hal ini tidak ditemukan pada pasien dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menggerakkan anggota tubuh. Pasien mengatakan masih dapat melakukan aktivitas nya sendiri pada saat dirawat seperti makan, dan ke kamar mandi namun di dampingi oleh anak atau suaminya, namun pada saat dirumah pasien mengatakan suka melakukan kegiatan sehari-hari seperti menggosok baju dan melakukan aktivitas lainnya.

Menurut Doenges (2012), pada sirkulasi ditemukan pada teori tanda dan gejala seperti distensi vena jugularis, ekstremitas suhu teraba dingin, kulit pucat, dan sianosis, namun pada kasus tidak ditemukan hal ini dapat dibuktikan pada saat melakukan pengkajian pemeriksaan fisik kepada pasien tidak terjadi distensi vena jugularis, pada saat melakukan pemeriksaan fisik ekstremitas pasien teraba hangat, kulit tidak pucat, dan

tidak tampak sianosis pada pasien. Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian pasien telah mendapatkan obat emineton 620 mg yang berfungsi sebagai suplemen menambah darah sehingga pengikatan oksigen yang diikat oleh hemoglobin dialirkan keseluruh tubuh membawa oksigen berlangsung efektif sehingga sirkulasi pada pasien normal ekstremitas teraba hangat, kulit tidak pucat dan tidak sianosis.

Menurut Doenges (2012), pada pengkajian pola eliminasi BAK ditemukan tanda dan gejala pada pasien dengan hipertensi seperti, dapat mengalami penurunan haluaran urine terjadi apabila adanya masalah perfusi ginjal yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam mempertahankan filtrasi dalam glomerulus, jika pembuluh darah di ginjal dengan mean arterial pressure (MAP) kurang dari normal dapat mengakibatkan terjadinya oliguria atau berkurangnya pengeluaran urine. Namun pada kasus tidak ditemukan hal ini di buktikan dengan pasien mengatakan tidak ada keluhan pada saat berkemih, pasien mengatakan BAK 5-6 x/hari, tidak ada perubahan warna urine, nilai MAP 121 mmHg.

Menurut Doenges, (2012) pada pengkajian neurosensori ditemukan tanda dan gejala seperti kelemahan pada satu sisi, tanda-tanda tersebut ditemukan bila pasien sudah terjadinya komplikasi salah satunya stroke. Kondisi kelemahan pada tubuh terjadi karena kerusakan fungsi pada bagian otak yaitu pada bagian otak kecil (cerebellum) yang berfungsi sebagai mengontrol keseimbangan, pergerakan tubuh. Namun pada kasus tidak ditemukan kelemahan pada satu sisi tubuh hal ini dapat dibuktikan pada saat melakukan pengkajian pasien mengatakan pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan pada satu sisi tubuh. pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menggerakkan anggota tubuh, Pasien mengatakan tidak merasakan kesulitan dalam bergerak, kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas, bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5.

Menurut Doenges (2012), pengkajian nyeri ketidaknyamanan disebutkan pada teori mengalami nyeri pada abdomen, namun hal ini tidak terjadi pada kasus dengan pasien mengatakan tidak nyeri pada daerah perut, pasien tidak mengeluh ada diare, dan pasien tidak mengeluh ada konstipasi.

Menurut Doenges (2012), pemeriksaan diagnostik pada pasien dengan hipertensi dilakukan pemeriksaan-pemeriksaan seperti berikut: hemoglobin atau hematokrit, BUN atau kreatinin, glukosa, kalium serum, kolesterol dan trigliserida serum, pemeriksaan tiroid, kadar aldosterone urin atau serum, urinalisa, asam urat, foto dada, CT scan, dan elektrokardiogram. Pada kasus, pasien hanya mendapatkan pemeriksaan darah hemoglobin dan hematokrit untuk mengetahui kadar sel darah merah dalam tubuh, pemeriksaan thorax dengan hasil Kesan : paru normal, pemeriksaan elektrokardiogram untuk mengukur dan merekam aktivitas listrik pada jantung dengan hasil pemeriksaan pasien, interpretasi : Sinus ritme (normal).

Dalam melakukan asuhan keperawatan, faktor pendukung penulis dalam melakukan pengkajian keperawatan diantaranya mendapatkan dukungan yang baik dari pembimbing rumah sakit, pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dan terbuka memberikan informasi berdasarkan keluhan tentang penyakit yang dialami pasien saat ini dan telah bersedia meluangkan waktu untuk melakukan pengkajian.

Pada saat melakukan pengkajian tidak terjadinya faktor penghambat karena pasien yang dikelola sangat kooperatif, perawat ruangan membantu dalam memberikan data-data terkait keluhan pasien, dan pendokumentasian di ruang perawatan tersusun rapih dan lengkap dalam rekam medis sehingga dapat memudahkan penulis dalam mengumpulkan data-data terkait pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dalam teori menurut Doenges (2012), namun tidak terdapat dalam kasus antara lain:

1. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus tidak ditemukan tanda tanda keletihan atau kelemahan, kekuatan otot pada ekstremitas atas, bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5 dan otot dapat digerakkan tanpa adanya rasa sakit. Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian pasien telah mendapatkan obat emineton 620 mg untuk sebagai suplemen menambah darah sehingga pengikatan oksigen yang diikat oleh hemoglobin dialirkan keseluruh tubuh membawa kebutuhan oksigen berlangsung secara efektif. Hal ini dapat dibuktikan dengan pasien mengatakan masih dapat melakukan aktivitas nya sendiri seperti makan, dan ke kamar mandi namun di dampingi oleh anak atau suaminya, pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan pada satu sisi tubuh. pasien mengatakan tidak ada keluhan saat menggerakan anggota tubuh, pasien mengatakan tidak merasakan kesulitan dalam bergerak.
2. Perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan sehubungan dengan kebutuhan metabolik, pola hidup monoton, dan keyakinan budaya. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis karena pada kasus tidak ditemukan tanda tanda perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh. Hal ini dapat dibuktikan dengan pasien mengatakan mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 74 kg setelah sakit 73 kg.
3. Koping individual inefektif berhubungan dengan krisis situasional, perubahan hidup beragam, relaksasi tidak adekuat, sistem pendukung

tidak adekuat, nutrisi buruk, harapan yang tak terpenuhi, kerja berlebihan, persepsi tidak realistis, metode koping tidak efektif. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada hal yang dipikirkan saat ini, pasien mengatakan harapan setelah menjalani perawatan cepat sembuh dan dapat beraktivitas kembali, Pasien mengatakan saat ini tidak ada masalah yang dipikirkan pasien, pasien mengatakan jika sedang ada masalah yang dipikirkan saat ini mekanisme kopingnya pasien memilih untuk menonton TV dan tidur.

Penulis menemukan diagnosa yang terdapat dalam kasus namun tidak terdapat dalam teori:

1. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Penulis mengangkat diagnosa ini dikarenakan saat melakukan pengkajian pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi, pasien mengatakan mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 74 kg setelah sakit 73 kg, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan. Pasien tampak menghabiskan makan hanya $\frac{1}{2}$ porsi makanan, konjungtiva anemis, pemeriksaan data penunjang hemoglobin 9.2 g/dl.

Faktor pendukung dalam penulisan diagnosa keperawatan adalah adanya sumber pustaka atau literatur referensi, sehingga penulis dapat menggunakan referensi untuk menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi yang sudah ada, serta pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif dan terbuka memberikan informasi berdasarkan keluhan tentang penyakit yang dialami pasien saat ini, data-data pasien dapat mendukung dalam menegakkan diagnosa keperawatan.

Dalam penyusunan diagnosa keperawatan tidak terdapat faktor penghambat, dikarenakan adanya sumber pustaka atau referensi yang dapat dijadikan pedoman dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien.

C. Perencanaan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload. Penulis mengangkat diagnosa prioritas penurunan curah jantung berdasarkan hirarki kebutuhan abraham maslow yang pertama yaitu kebutuhan fisiologi. Hal ini dibuktikan bahwa tanda-tanda hemodinamik merupakan kebutuhan fisiologis dan data penunjang hasil pemeriksaan Elektrokardiogram dengan hasil interpretasi : Sinus ritme (normal). Tujuan dalam setiap intervensi terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, menurut teori penyusunn dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak memiliki keterbatasan waktu. Sedangkan pada kasus penulis menetapkan waktu selama 3x24 jam untuk mencapai tujuan dari setiap intervensi pada diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan penulis.

Berikut ini merupakan rencana keperawatan yang terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Didalam teori terdapat observasi catat edema, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien saat dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik tidak terdapat tanda-tanda edema. Berikan lingkungan yang tenang dan nyaman, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus pasien pasien mengatakan merasa nyaman dan tenang diruang perawatan.
2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi, perencanaan keperawatan diambil dari tambahan literatur lain sebagai pedoman

dalam merancang perencanaan, dikarenakan dalam teori terdapat perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh. Pada perencanaan identifikasi alergi dan intoleransi makanan, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan. Perencanaan identifikasi perlunya menggunakan selang nasogastrik, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus saat dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik kesadaran pasien kompos mentis (CM), pasien tidak ada keluhan kesulitan untuk menelan.

3. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral.

Didalam teori terdapat perencanaan bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas nya sendiri seperti makan, dan ke kamar mandi namun didampingi oleh anak dan suaminya. Berikan cairan, makanan lunak, perawatan mulut yang teratur bila terjadi perdarahan hidung atau kompres hidung telah dilakukan untuk menghentikan perdarahan tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien saat dilakukan pengkajian tidak terdapat tanda-tanda perdarahan dalam mulut dan hidung pasien.

4. Resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit, semua intervensi yang di ambil oleh penulis ada pada teori.

Dalam membuat perencanaan keperawatan, faktor pendukung dalam perencanaan dapat dibuat sesuai dengan data-data pasien yang telah dilakukan pengkajian keperawatan, perencanaan di buat sesuai kebutuhan pasien dan dalam menyusun perencanaan adanya sumber pustaka atau referensi dapat mempermudah penulis untuk menyusun

intervensi sehingga dapat dilakukan penyusunan dengan baik sesuai dengan kondisi pasien.

Faktor penghambat dalam menyusun perencanaan diantaranya terdapat perencanaan yang tidak terdapat dalam teori, sehingga penulis mencari literatur lain untuk menyusun perencanaan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.

D. Pelaksanaan

Penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dilaksanakan tanggal 10 Februari 2020 sampai dengan 12 Februari 2020. Pelaksanaan keperawatan dilakukan berjalan dengan baik dikarenakan pasien dan keluarga pasien sangat kooperatif. Pelaksanaan berjalan dengan baik sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat oleh penulis.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan implementasi keperawatan dengan adanya bantuan perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya yang telah mengizinkan untuk melakukan tindakan keperawatan sehingga dapat terlaksana sesuai dengan rencana yang sudah disusun, serta pasien kooperatif dalam pemberian asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah kurangnya mendapatkan data dari pendokumentasian atau catatan perawat ruangan yang telah dilakukan selama 24 jam, namun dengan kooperatifnya pasien penulis mendapatkan data-data yang tidak ditemukan dalam pendokumentasian catatan keperawatan shift sebelumnya.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan.

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dan pasien mengatakan tidak pusing, dan tidak lemas. Tekanan darah: 137/90 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit. Hentikan semua intervensi, pasien pulang.
2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan defisit nutrisi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tetap resiko tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan membaik, pasien mengatakan makan habis 1 porsi makanan, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, muntah tidak ada. Hentikan semua intervensi.
3. Gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa dengan skala nyeri 0. Pasien tampak tersenyum, tenang, dan tidak gelisah. Hentikan semua intervensi.
4. Resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mengetahui penyakit yang diderita (hipertensi). Selama pasien dirawat 3 hari masalah

teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan menjadi lebih mengetahui terkait penyakit hipertensi, pasien tampak kooperatif. Setelah dilakukan pendidikan kesehatan pasien mampu mengevaluasi tentang penyakit hipertensi yang diderita. Hentikan intervensi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada saat melakukan pengkajian pasien mengalami hipertensi, ditemukan data tekanan darah sistolik maupun diastolik melebihi dari batas normal yaitu 167/98 mmHg, pasien memiliki riwayat keturunan, pola hidup kebiasaan pasien terhadap makanan sebelumnya tidak ada pantangan makanan termasuk makan-makanan yang asin. Hipertensi terjadi karena adanya faktor penyebab, seperti hipertensi primer biasanya berhubungan dengan faktor keturunan dan lingkungan. Sedangkan, hipertensi sekunder hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui secara pasti misalnya karena adanya penyakit, seperti penyakit ginjal. Pada pasien dengan hipertensi memiliki tanda dan gejala seperti sakit kepala, pusing, dan kelelahan. Pada pasien hipertensi perlu diperhatikan pola kebiasaan atau gaya hidup, seperti mengurangi asupan garam yang berlebihan, latihan fisik atau olahraga secara teratur, dan mengatasi obesitas dengan menurunkan berat badan berlebih.

Terdapat enam diagnosa keperawatan dirumuskan pada pasien dengan hipertensi menurut teori adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, perubahan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan masukan berlebihan, koping individual tidak efektif berhubungan dengan krisis situasional, dan kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa. Namun, masalah prioritas pada pasien ditemukan

empat diagnosa keperawatan yaitu penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral, dan resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami penyakit.

Berdasarkan prioritas masalah pada pasien dengan hipertensi adalah penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, yang dapat dibuktikan dengan adanya tanda-tanda seperti peningkatan pada tekanan darah. Adapun tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan dalam 3x24 jam diharapkan curah jantung kembali efektif. Maka perencanaan keperawatan prioritas yang dapat dilakukan pada pasien dengan hipertensi terdapat perencanaan mandiri ataupun kolaborasi, yaitu kaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) pershift, observasi warna kulit, kelembaban, dan pengisian kapiler, berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler, dan Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) merupakan perencanaan mandiri dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat dan terapi diet pada pasien dengan hipertensi sesuai dengan program medis.

Pelaksanaan keperawatan yang perlu dilakukan oleh perawat dalam mengelola pasien dengan hipertensi agar curah jantung kembali efektif. Tindakan yang dilakukan yaitu mengobservasi tanda-tanda vital (TD, N, RR) pershift, mengobservasi warna kulit, kelembaban, dan pengisian kapiler, memberikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler, dan mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi nafas dalam) merupakan perencanaan mandiri dan berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi obat dan terapi diet pada pasien dengan hipertensi sesuai dengan program medis.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan hipertensi adalah mengevaluasi yang dilakukan pada akhir proses pelaksanaan dan evaluasi akhir pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan hasil yang didapatkan dari pelaksanaan pada respon pasien. Pada diagnosa keperawatan penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, diharapkan curah jantung kembali efektif. Selama pasien dirawat 3x24 jam masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyaman dengan posisi semifowler dan pasien mengatakan tidak pusing, dan tidak lemas, TD: 137/90 mmHg, frekuensi nadi: 90 x/menit, frekuensi pernafasan: 20 x/menit.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan kedua adalah resiko defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, diharapkan defisit nutrisi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan membaik, pasien mengatakan makan habis 1 porsi makanan, pasien tampak menghabiskan 1 porsi makanan, muntah tidak ada.

Evaluasi diagnosa keperawatan ketiga adalah gangguan rasa nyaman : nyeri akut pada bagian daerah kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral, diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri dikepala sudah tidak terasa dengan skala nyeri 0, pasien tampak tersenyum, tenang tidak gelisah.

Evaluasi pada diagnosa keperawatan keempat adalah resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit, diharapkan pasien mengetahui penyakit yang diderita (hipertensi). Selama pasien dirawat 2x24 jam masalah teratasi tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan Pasien mengatakan menjadi

lebih mengetahui terkait penyakit hipertensi, pasien tampak kooperatif, dan setelah dilakukan pendidikan kesehatan pasien mampu mengevaluasi tentang penyakit hipertensi yang diderita.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat memperbanyak mencari literatur serta referensi buku terbaru terkait asuhan keperawatan medikal bedah pada sistem kardiovaskular khususnya penyakit hipertensi, sehingga dapat mempermudah memahami tentang kasus kelolaan pada pasien dengan hipertensi.

2. Bagi perawat

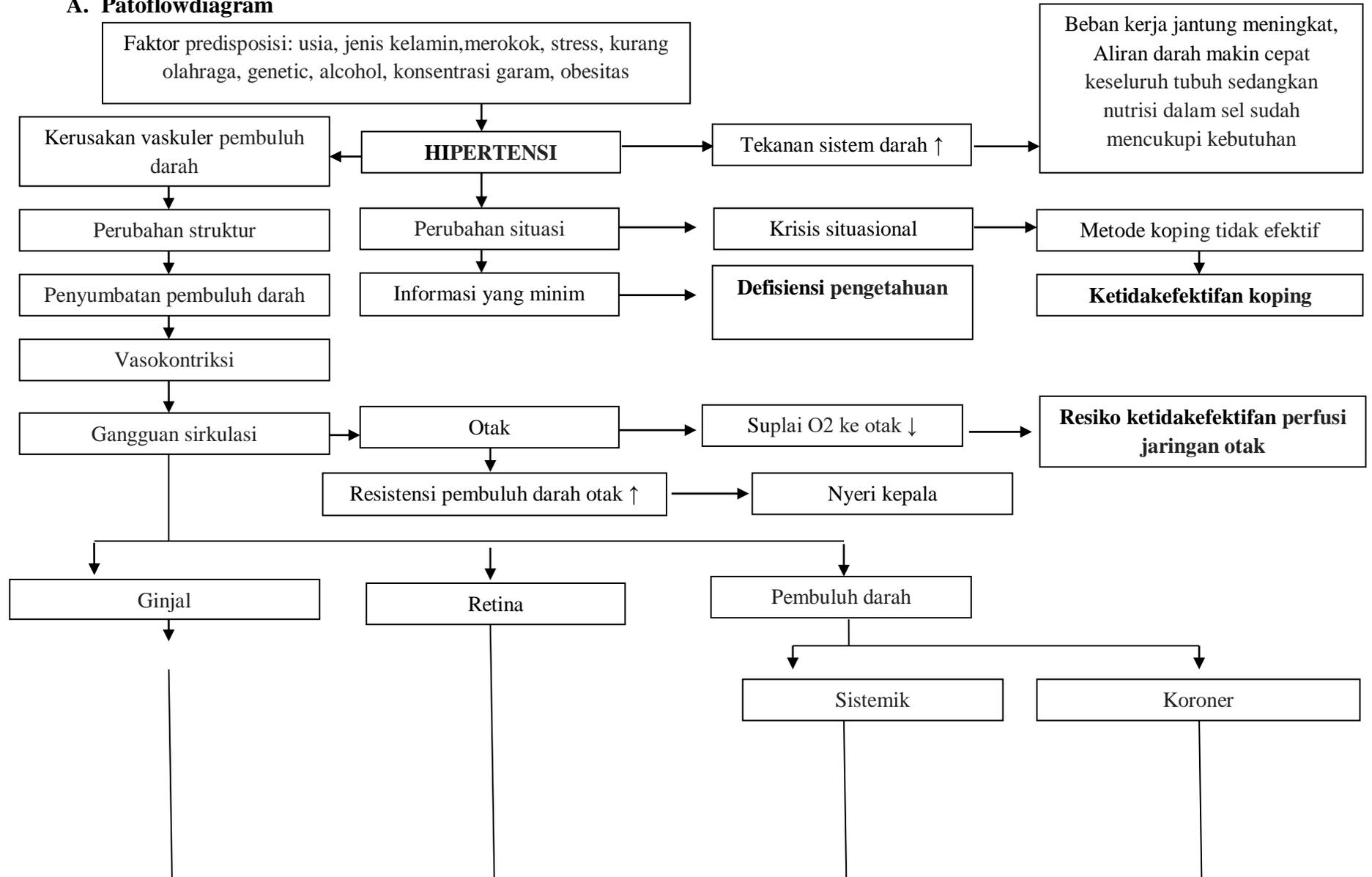
Penulis menyarankan kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan perlu dilakukan edukasi kepada pasien dengan hipertensi dan keluarga pasien mengenai dengan pola kebiasaan dan pola nutrisi agar pasien dapat mengetahui pola hidup yang sehat serta mengatasi penyakit hipertensi dan diharapkan dalam melakukan asuhan keperawatan perlu diperhatikan dalam pencatatan atau pendokumentasian setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, pendokumentasian di catat dalam rekam medis sebagai aspek legal yang dapat dipertanggung jawabkan secara hukum. Maka dalam pencatatan dilakukan secara rapih, benar, dan lengkap agar dapat dipahami bagi yang membacanya.

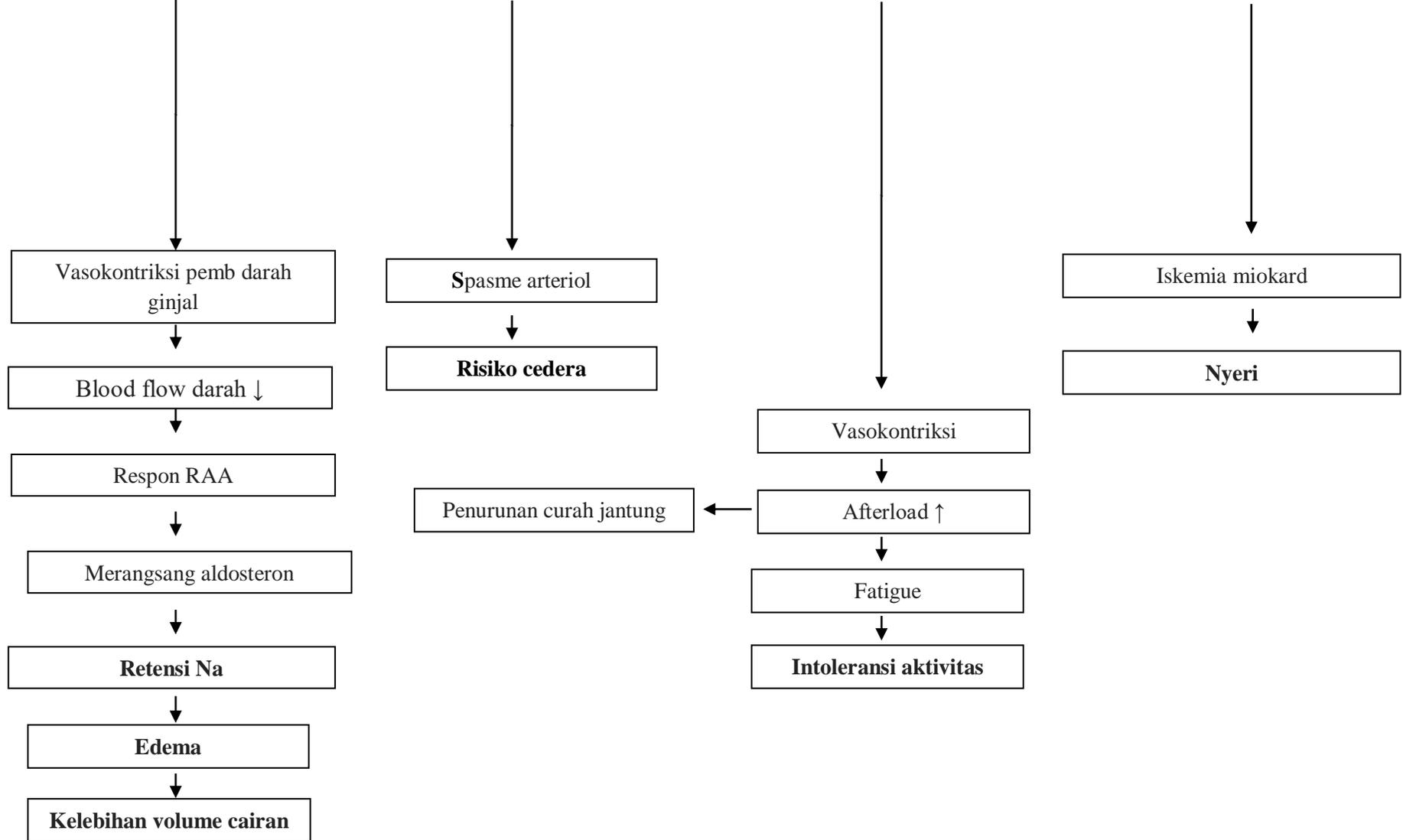
DAFTAR PUSTAKA

- Aspiani, R. Y. (2015). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskular Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat. (2016). Profil Kesehatan. 188-189.
- Doenges, M. E. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Erick Johans Manoppo, G. M. (2018). Hubungan peran perawat sebagai edukator dengan kepatuhan penatalaksanaan hipertensi di puskesmas tahuna timur. *e-Journal Keperawata (e-Kp) Volume 6 Nomor 1 , 2*.
- Faisalado Candra Widyanto, C. T. (2013). *Trend Disease 'Trend Penyakit Saat Ini'*. Jakarta: TIM.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas . Jakarta .*
- Kodim, Y. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan . Jakarta: TIM*.
- Kusuma, A. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta : Mediaction .
- Oktavianus, F. S. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Kardiovaskular Dewasa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Suddarth, B. &. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram





Sumber
(Kusuma, 2015)

B. SAP

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Diagnosa Keperawatan : resiko terjadinya komplikasi penyakit hipertensi berhubungan dengan kurang memahami terkait penyakit.

Topik : Hipertensi

Sasaran : Ny. E

Waktu : Pukul 09.30 - 10.00 WIB

Selasa, 11 Februari 2020

Tempat : Ruang Mawar 401.1 RS. Mitra Keluarga Bekasi Barat

TIU	TIK	Materi	KBM		Metode	Alat Peraga	Evaluasi
			Mahasiswa	Peserta			
Setelah dilakukan penyuluhan selama 1 x 30	Setelah diberikan penyuluhan selama 1x30	1. Definisi hipertensi 2. Penyebab hipertensi	Pembuka (5 menit) 1. Salam pembuka 2. Perkenalan	Menjawab salam	Ceramah Diskusi	1. Booklet 2. Leaflet	1. Menjelaskan definisi hipertensi. 2. Menjelaskan

<p>menit diharapkan pasien mampu mengetahui dan memahami hipertensi serta pencegahannya</p>	<p>menit diharapkan pasien mampu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui definisi hipertensi. 2. Mengetahui penyebab hipertensi 3. Mengetahui tanda dan gejala hipertensi 4. Mengetahui komplikasi hipertensi 5. Mengetahui penanganan hipertensi 6. Mengetahui 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tanda dan gejala hipertensi 4. Komplikasi hipertensi 5. Penanganan hipertensi 6. Pencegahan hipertensi 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Kontrak waktu 4. Penjelasan waktu 5. Topik Penyuluhan/isi (20 menit) <ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi hipertensi 2. Penyebab hipertensi 3. Tanda dan gejala hipertensi 4. Komplikasi hipertensi 5. Penanganan hipertensi 6. Pencegahan hipertensi 	<p>Menyetujui</p> <p>memperhatikan</p>			<p>penyebab hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menyebutkan tanda dan gejala hipertensi 4. Mengetahui komplikasi hipertensi 5. Mengetahui penanganan hipertensi 6. Mengetahui pencegahan hipertensi
---	--	--	---	--	--	--	--

	pengecahanh ipertensi		Penutup (5menit) 1. Memberikese mpatan untuk bertanya 2. Kesimpulan 3. Penutup				
--	--------------------------	--	---	--	--	--	--

C. Leaflet

FAKTOR RESIKO



kegemukan



Riwayat Keturunan



Merokok



Bertambah Usia

KENDALIKAN TEKANAN DARAH

P: Periksa kesehatan secara rutin dan ikuti anjuran dokter.

A: Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat dan teratur.

T: Tetap diet dengan gizi seimbang.

U: Upayakan aktivitas fisik dengan aman.

H: Hindari merokok.



KENALI HIPERTENSI SEJAK DINI




Oleh
Mahasiswa
STIKes Mitra Keluarga

APA ITU TEKANAN DARAH TINGGI ??




tekanan darah (hipertensi) yang lebih tinggi dari 140/90 mmHg dan berdasarkan pada dua kali

TANDA & GEJALA HIPERTENSI



SAKIT KEPALA



Jantung Berdebar



Gelisah



Mudah Lelah



Pandangan Kabur

PENCEGAHAN HIPERTENSI



Batasi Konsumsi Garam



Rajin Olahraga



Hentikan Kebiasaan Merokok



Cek Kesehatan Rutin



Istirahat Teratur

D. Booklet Hipertensi

HIPERTENSI



PROGRAM STUDI DIII
KEPERAWATAN

201701006

Penyebab Hipertensi

1. Faktor yang tidak dapat diubah: Riwayat keluarga, usia, jenis kelamin dan etnis.
2. Faktor yang dapat diubah:
 - Merokok
 - Stress
 - Obesitas
 - Nutrisi Konsumsi garam berlebih



Darah Tinggi
(Hipertensi)

DEFINISI

tekanan darah yang lebih tinggi dari 140/ 90 mmHg dan berdasarkan pada dua kali pengukuran.



Tanda dan Gejala Hipertensi



Faktor Risiko Hipertensi

Kepuasan



Riwayat Keluarga



Bertambahnya Usia



Merokok



PENCEGAHAN Hipertensi

Modifikasi diet lemak, olahraga, pembatasan alcohol, cek kesehatan rutin, teknik relaksasi, kurangi konsumsi garam, dan menghentikan kebiasaan merokok.



Komplikasi Hipertensi

PENYAKIT YANG TIMBUL JIKA TIDAK SEGERA DITANGANI



Gangguan Pada Penglihatan



Gangguan Pada Jantung



Gangguan Pada Jantung



Gangguan Pada Jantung

Penatalaksanaan Hipertensi



Pengaturan Diet



Olahraga



Penurunan Berat Badan



Memperbaiki Gaya Hidup Sehat