



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. W DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG DAFODIL RUMAH SAKIT
SWASTA DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
CORNELIA ANASTASYA BARUS
201801012**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny. W DENGAN
HIPERTENSI DI RUANG DAFODIL RUMAH SAKIT SWASTA
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
CORNELIA ANASTASYA BARUS
201801012**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

KARYA TULIS ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Cornelia Anastasya Barus

Nim : 201801012

Intitusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Prodi : Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.W Dengan Hipertensi Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19” yang dilaksanakan pada tanggal 02 Mei 2021-05 Mei 2021 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini, tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam aspek subtansi maupun penulisan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua resiko yang saya perbuat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 26 Juli 2021

Yang membuat pernyataan



(Cornelia Anastasya Barus)

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.W Dengan Hipertensi Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 19 Juni 2021

Pembimbing Makalah



(R. Yeni Mauliawati, S.Kp, M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.kep, Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. W Dengan Hipertensi Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19” yang disusun oleh Cornelia Anastasya Barus (201801012) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 23 Juni 2021.

Bekasi, 21 Juli 2021

Penguji I



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.kep, Sp.Kep.M.B)

Penguji II

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized initials 'YB'.

(R. Yeni Mauliawati, S.Kp, M.Kep)

Nama Mahasiswa : Cornelia Anastasya Barus
Nim : 201801012
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. W Dengan Hipertensi Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19
Halaman : xii + 67 halaman + 2 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : R. Yeni Mauliawati

ABSTRAK

Latar Belakang:

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah seseorang di atas 140 mmHg (sistolik) dan di atas 90 mmHg (diastolik) yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) (Hariawan, H, Tatisina, M, C, 2020). Di seluruh dunia 1,13 Miliar menyandang hipertensi.

Tujuan Umum:

Laporan kasus ini untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi melalui pendekatan proses keperawatan yang komperhensif.

Metode Penelitian:

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

Hasil:

Hasil dari pengkajian didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu gangguan rasa nyaman: nyeri akut, risiko penurunan curah jantung, resiko defisit nutrisi. Intervensi pada diagnosa prioritas resiko penurunan curah jantung. setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko penurunan curah jantung tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

Kesimpulan dan Saran:

Asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi perlu memperhatikan masalah keperawatan risiko penurunan curah jantung agar tidak terjadi komplikasi. Saran perawat dapat mengobservasi hemodinamika pada pasien hipertensi.

Keyword: Asuhan Keperawatan, Hipertensi

Daftar Pustaka: 11 (2006-2020)

Name : Cornelia Anastasya Barus
Student ID Number : 201801012
Study Program : Diploma of Nursing
The Title Of The Scientific Paper : Nursing Care For Mrs.W With Hypertension In Dafodil Room Of Private Hospital During The COVID-19 pandemic
Pages : xii + 67 pages + 2 tabel + 1 attachment
Advisor : R. Yeni Mauliawati

ABSTRACT

Background:

Hypertension is a condition that increases blood pressure someone over 140 mmHg (systolic) and over 90 mmHg diastolic) that can be causes increases in pain (morbidity) and mortality (mortality) (harp, h, tatisina, m, c, 2020). Worldwide 1.13 million are hypertensive.

General Purpose:

The report on the case for a real picture undergoes nursing patients with hypertension through combating nursing processes.

Methods:

In the compiling of this case report using a descriptive method with case studies, literature studies, the study of documentation using facts according to the data obtained.

Results:

The results of the study have been three treatment diagnoses, discomfort: acute pain, risk of reducing heart disease, a risk of nutrition deficits. An intervention on a priority diagnostic risk of precipitation. After three 24 hour nursing procedures, it is expected that the risk of precipitation will not occur. During the three day stay, the problem doesn't happen, the goal is reached.

Conclusions and Recommendation:

Nursing care in patients with hypertension needs to take into account the risk of reducing heart disease so as not to complications. Advice from a nurse can observe hemodynamics in hypertensive patients.

Keyword: Nursing care, Hypertension

Source: 11 (2006 – 2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, karena rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah tugas akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.W Dengan Hipertensi Di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi COVID-19” sesuai waktu yang ditentukan. Adapun tujuan makalah ini dilihat 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. R. Yeni Mauliawati, S.Kep, M.Kep selaku penguji II, serta dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. Dr. Susi Hartati S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga yang selalu memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari tingkat 1 hingga tingkat 3.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku Pembimbing Akademik yang selalu membimbing, memotivasi, memberikan semangat bagi penulis dari tingkat 1 hingga tingkat 3.
4. Ns. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.M.B selaku penguji I yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk menguji penulis.
5. Seluruh dosen dan staff STIKes Mitra Keluarga, yang telah memberikan semangat dan membantu dalam pembuatan makalah ini.
6. Kepada kedua Orang tua tersayang, Ayahanda tercinta Kornelius Barus dan Ibunda tercinta Nuning Cahya Ningsih, Tante tercinta Nur Fauziah dan Om tercinta Dedi Darmanto serta nenek tersayang Sri Hartini yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan moral maupun materil kepada penulis selama menempuh pendidikan dan penyusunan makalah ini.
7. Kepala Ruangan, CM yang bersedia meluangkan waktu untuk membantu mencarikan kasus serta membimbing penulis beserta staff perawat ruangan, petugas rekam medik Rumah Sakit Mitra Keluarga Bekasi Timur yang telah banyak membantu penulis dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien

8. Ny.W beserta keluarga yang bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa/i STIKes Mitra Keluarga angkatan ke VIII 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 makalah ini masih banyak kekurangan baik dari segi bentuk maupun penyajiannya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yaitu sifatnya membangun untuk perhatikan makalah ilmiah ini.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penyusun



(Cornelia Anastasya Barus)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
KARYA TULIS ILMIAH	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penulisan	4
1. Studi kasus	5
2. Studi kepustakaan	5
3. Studi dokumentasi.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Patofisiologi.....	7
1. Etiologi	7
2. Klasifikasi Hipertensi	9
3. Proses Penyakit.....	9
4. Manifestasi Klinis.....	10
5. Komplikasi.....	11
C. Penatalaksanaan Medis	11
D. Asuhan Keperawatan.....	12

<u>1. Pengkajian Keperawatan</u>	12
<u>Pemeriksaan Diagnostik</u>	16
<u>2. Diagnosa Keperawatan</u>	17
<u>3. Perencanaan Keperawatan</u>	18
<u>4. Pelaksanaan Keperawatan</u>	25
<u>5. Evaluasi Keperawatan</u>	25
BAB III TINJAUAN KASUS	27
A. Pengkajian Keperawatan	27
B. Diagnosa Keperawatan	42
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan	43
BAB IV PEMBAHASAN	61
A. Pengkajian Keperawatan	61
B. Diagnosa Keperawatan	63
C. Perencanaan Keperawatan	65
D. Pelaksanaan Keperawatan	66
E. Evaluasi Keperawatan	66
BAB V PENUTUP	68
A. Kesimpulan	68
B. Saran	70
<u>1. Bagi Mahasiswa</u>	70
<u>2. Bagi perawat</u>	70
DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi.....	7
Tabel 3.1 Analisa Data.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram.....	68
----------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan kondisi peningkatan tekanan darah seseorang di atas normal yang dapat mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). (Hariawan dan Tatisina, 2020)

Tekanan darah sistolik dan diastolik merupakan pengukuran utama yang menjadi dasar penentuan diagnosis hipertensi. Adapun pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan tatalaksana hipertensi. Tekanan darah normal 120/80 mmHg, normal tinggi 130-139 dan 84-89 mmHg, derajat satu 140-159 dan 90-99 mmHg, derajat dua 160-179 dan 100-109, derajat tiga > 180 dan > 110 mmHg. (Farrar dan Zhang, 2015)

Menurut data *World Health Organization (WHO)* tahun 2015 menunjukkan sekitar 1,13 Miliar orang di dunia menyandang hipertensi, artinya 1 dari 3 orang di dunia terdiagnosis hipertensi. Jumlah penyandang hipertensi terus meningkat setiap tahunnya, diperkirakan pada tahun 2025 akan ada 1,5 Miliar orang yang akan terkena hipertensi, dan diperkirakan setiap tahunnya 10,44 juta orang meninggal akibat hipertensi dan komplikasinya. (Kemenkes RI, 2019)

Menurut Kementerian Kesehatan RI proporsi penderita hipertensi pada penduduk di wilayah perkotaan lebih besar dibandingkan di wilayah perdesaan. Pada tahun 2013 proporsi di kedua wilayah tersebut sebesar 26,1 % dan 25,5 % yang meningkat menjadi 34,4 % dan 33,7 % di tahun 2018. Pola ini dapat diasumsikan terjadi karena faktor risiko perilaku yang berpotensi menyebabkan hipertensi lebih banyak ditemukan di wilayah perkotaan dibandingkan di wilayah perdesaan. (Riskesdas, 2017)

Data berdasarkan rekam medis salah satu Rumah Sakit swasta di Bekasi pada tahun 2020 hasil angka kejadian hipertensi dalam satu tahun terakhir didapatkan 250 kasus hipertensi, diantaranya 110 terjadi pada laki-laki dan 140 terjadi pada perempuan. Angka kejadian hipertensi akan terus meningkat apabila tidak ditangani segera lebih lanjut.

Faktor yang menyebabkan hipertensi diantaranya usia, riwayat keluarga, berat badan berlebih, pola makan, gaya hidup seperti merokok, minum, stress, dan kurang olahraga. (Riskesdas, 2017)

Perawat memiliki peran dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipertensi. Peran perawat meliputi *care giver*, advokat, edukator, kolaborator, konsultan, pembaharuan. Peran perawat sebagai *care giver* adalah pemberi asuhan keperawatan yang memperhatikan kebutuhan dasar manusia dan memberikan asuhan keperawatan dari sederhana hingga kompleks. Peran perawat sebagai advokat adalah membantu pasien dan keluarga dalam berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya persetujuan tindakan. Peran perawat sebagai edukator adalah membantu pasien dalam meningkatkan pengetahuan kesehatan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah diberikan pendidikan kesehatan. Peran perawat sebagai kolaborator adalah perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain untuk menentukan pelayanan yang tepat untuk diberikan kepada pasien. Peran perawat sebagai konsultan adalah perawat sebagai tempat konsultasi dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan sistematis dan terarah dengan metode pelayanan kesehatan. Peran perawat sebagai pembaharuan adalah perawat mampu menyalurkan ide-ide untuk pemberian asuhan keperawatan yang lebih baik. Peran perawat di masa pandemi COVID-19 adalah sebagai educator atau pendidik untuk pasien supaya menaati protokol yang sudah terbuat. (Wirentanus, 2019)

Berdasarkan uraian 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 diagnose keperawatan pada pasien dengan hipertensi.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan yang akan diberikan pada pasien dengan hipertensi.
- d. Melaksanakan implementasi 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 makalah ilmiah sesuai dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien kelolaan yang dilakukan selama 3 x 24 jam, yang dilakukan pelaksanaan pada tanggal 02-05 Mei 2021 di Ruang Dafodil Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan makalah ilmiah ini menggunakan metode naratif deskriptif. Dalam metode naratif deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana peserta didik mengelola 1 (satu) kasus menggunakan asuhan keperawatan.

1. Studi kasus

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

2. Studi kepustakaan

Yaitu dengan cara mempelajari buku atau jurnal yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pasien dengan hipotensi 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 Teori

Terdiri dari konsep dasar penyakit seperti definisi, 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 keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan 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, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Bab V Penutup

Terdiri dari kesimpulan dan saran.

Daftar Pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu keadaan di mana tekanan darah sistolik 140 mmHg dan diastolik 90 mmHg. Hipertensi berkaitan erat dengan pola hidup manusia. Hipertensi disebut juga sebagai *the silent disease* karena sering tanpa keluhan, sehingga penderita tidak tahu kalau dirinya mengidap hipertensi. (Purwanto, 2016)

Hipertensi merupakan penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan di masyarakat. Hipertensi merupakan penyakit yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner dan gagal jantung.

Hipertensi adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala kardiovaskular yang progresif sebagai akibat dari kondisi lain yang kompleks dan saling berhubungan. (Nuraini, 2015)

Dalam menegakan diagnosis pada pasien hipertensi memerlukan pengukuran secara berulang baik dalam keadaan istirahat, tanpa adanya ansietas, kopi, alkohol dan merokok. Diperlukan sampai tiga kali pengukuran dengan menggunakan *sphygmomanometer*.

B. Patofisiologi

(Kurnia, 2020)

1. Etiologi

Hipertensi dibagi menjadi 2 golongan yaitu:

a. Hipertensi Primer atau Esensial

Yaitu hipertensi dimana penyebabnya tidak diketahui namun banyak faktor yang memengaruhi seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas, susunan saraf simpatik, sistem renin angiotensin, efek dari ekskresi natrium, obesitas, merokok, dan stress.

b. Hipertensi sekunder

Yaitu yang disebabkan karena penyakit ginjal atau penggunaan kontrasepsi hormonal.

2. Klasifikasi Hipertensi

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi TD	TD Sistolik	TD Diastolik
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi tingkat 1	140-159	90-99
Hipertensi tingkat 2	>160	>100

3. Proses Penyakit

(R.K.Marya, 2013)

Proses atau terjadinya hipertensi adalah diawal dari meningkatnya tekanan darah atau hipertensi bisa terjadi melalui beberapa cara yaitu, jantung memompa lebih kuat sehingga mengalirkan lebih banyak darah pada setiap detiknya atau stroke volume. Arteri besar kehilangan kelenturannya maka terjadi kaku, sehingga mereka tidak dapat mengembang pada saat jantung memompa darah melalui arteri tersebut, karenanya darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit dari pada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Inilah yang terjadi pada usia lanjut di mana dinding arterinya telah menebal dan kaku karena arteriosklerosis. Tekanan darah juga meningkat pada saat terjadi vasokonstriksi, yaitu jika arteri kecil (arteriola) untuk sementara waktu mengkerut karena perasangan saraf atau hormon di dalam darah.

Bertambahnya cairan dalam sirkulasi bisa menyebabkan meningkatnya tekanan darah, hal ini terjadi jika terdapat kelainan fungsi ginjal sehingga tidak mampu membuang sejumlah garam dan air dalam tubuh, volume darah dalam tubuh meningkat, sehingga tekanan darah juga meningkat, kondisi akan lebih buruk pada usia lanjut, karena penyempitan pembuluh darah yang disebabkan arteriosklerosis, sebaliknya jika: aktivitas memompa jantung berkurang maka arteri mengalami pelebaran, karena tekanan darah tidak tinggi, sehingga banyak cairan keluar dari sirkulasi, maka tekanan darah akan menurun.

Terhadap faktor-faktor tersebut dilaksanakan perubahan di dalam fungsi ginjal dan sistem saraf otonom (bagian dari sistem saraf yang mengatur berbagai fungsi tubuh secara otomatis). Ginjal mengendalikan tekanan darah melalui beberapa cara, jika tekanan darah meningkat ginjal akan menambah pengeluaran garam dan air, sehingga volume darah bertambah dan tekanan kembali normal. Ginjal juga bisa meningkatkan tekanan darah dengan menghasilkan enzim yang disebut renin, yang memicu pembentukan aldosteron. Ginjal merupakan organ penting dalam pengendalian tekanan darah, karena itu berbagai penyakit dan kelainan pada ginjal bisa menyebabkan terjadinya tekanan darah tinggi. Misalnya penyempitan arteri yang menuju ke salah satu ginjal (stenosis arteri renalis) bisa menyebabkan hipertensi. Peradangan dan cedera pada salah satu atau kedua ginjal juga bisa menyebabkan naiknya tekanan darah. Sistem saraf simpatis merupakan bagian dari sistem saraf otonom, yang untuk sementara waktu akan meningkatkan tekanan darah selama respon *flight-or-flight* (reaksi fisik tubuh terhadap ancaman dari luar). Meningkatkan kecepatan dan kekuatan denyut jantung dan juga mempersempit sebagian besar arteriola, tetapi memperlebar arteriola di daerah tertentu (misalnya otot rangka, yang memerlukan posakan darah yang lebih banyak). Mengurangi pembuangan garam dan air oleh ginjal, sehingga akan meningkatkan volume darah dalam tubuh. Melepaskan hormone epinefrin (adrenalin) dan norepriferin (norafrenalin), yang merangsang jantung dan pembuluh darah.

4. Manifestasi Klinis

Hipertensi disebut juga "*silent killer*" karena pada umumnya tidak memiliki tanda dan gejala sehingga baru diketahui setelah menimbulkan komplikasi. Identifikasi biasanya dilakukan melalui skrining atau mencari pelayanan kesehatan setelah merasakan adanya masalah. Hipertensi ini baru tampak jika sudah memperlibatkan adanya komplikasi pada organ lain misalnya mata, ginjal, otak dan jantung.

Pasien mengeluhkan adanya nyeri kepala terutama bagian belakang, baik berat maupun ringan, vertigo, tinnitus (mendengung), penglihatan kabur atau terjadi pingsan. Gejala ini mungkin saja diakibatkan oleh adanya peningkatan tekanan darah pada saat pemeriksaan. Gejala lain seperti sakit kepala, jantung berdebar, pucat dan keringat dicurigai adanya *pheochromocytoma*. *Pheochromocytoma* adalah tumor jinak yang berkembang dalam inti kelenjar adrenal.

Beberapa tanda dan gejala tambahan dapat menunjukkan hipertensi sekunder, yaitu penyakit ginjal atau penyakit endokrin, misalnya obesitas, intoleransi glukosa.

5. Komplikasi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama kejadian stroke, infard miokard, gagal jantung dan gagal ginjal, angioplasti, demensia, penyakit pembuluh darah perifer. Komplikasi lain adalah renopati hipertensi yaitu gangguan pada retina mata.

C. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan hipertensi merupakan bagian dari strategi mengendalikan risiko penyakit kardiovaskuler. Pengendalian tekanan darah merupakan aspek strategi anti sklerotik pada pasien yang mengalami hipertensi. Tujuan utama dari penatalaksanaan hipertensi adalah mengendalikan tekanan darah dalam keadaan normal dan menurunkan faktor risiko.

Penatalaksanaan hipertensi dibedakan menjadi dua yaitu:

1. Hipertensi ringan

Pada hipertensi ringan penatalaksanaan yang dilakukan adalah secara non farmakologis dengan melakukan perubahan gaya hidup yang dapat dipantau selama 6-12 bulan seperti penurunan berat badan, modifikasi diet, aktivitas fisik, berhenti merokok dan minum-minuman beralkohol, manajemen stress.

2. Hipertensi berat

Penatalaksanaan menggunakan terapi farmakologis ditambah dengan modifikasi gaya hidup yang disarankan. Dan adapun golongan obat hipertensi, yaitu: (Bina Farmasi Komunitas Dan Klinik, 2006)

a. Golongan *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE)

Obat golongan ini berfungsi untuk mencegah hormon angiotensin II banyak keluar di dalam tubuh. Contoh obat, benazepril, captopril, enalapril, perindopril.

b. Golongan *Beta-Blocker*

Kerja obat golongan ini adalah menghambat efek adrenalin pada berbagai bagian tubuh. Contoh obat, bisoprolol, propranolol.

c. Golongan *Calcium Channel Blocker* (CCB)

Obat golongan ini berkerja untuk menghambat pergerakan cepat kalsium ke jantung, sehingga jantung dapat rileks. Contoh obat, amlodipine, diltiazem, felodipine, verapamil.

d. Golongan *Alpha-2 Receptor Agonist*

Berkerja untuk menekan jaringan yang memproduksi hormon adrenalin. Contoh obat, clonidine, metildopa.

e. Golongan *Angiotensin II Receptor Blocker* (ARB)

Berfungsi untuk menghambat pengikatan angiotensin II dan membuat pembuluh darah melebar. Contoh obat, candersartan, irbesartan, eprosartan, losartan.

f. Golongan *Diuretik*

Berfungsi untuk membuang kelebihan natrium dan cairan di dalam tubuh untuk menormalkan tekanan darah. Contoh obat, thiazide, furosemide, torasemide, amiloride.

D. Asuhan Keperawatan

(Doenges, 2012)

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan menjadi:

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Kelamahan, 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 mencangkup 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 diuretic.

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. Pernapasan

- 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

- 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

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Doenges (2012), diagnosa keperawatan hipertensi meliputi:

- a. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan peningkatan afterload, vasokonstriksi. Iskemia miokardia.
- b. Intoleran aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

- c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.
- d. Koping individual tidak efektif 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.
- e. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosis.

3. Perencanaan Keperawatan

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

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

Hasil yang diharapkan:

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas yang menurunkan TD/beban kerja jantung.
- 2) Mempertahankan TD dalam rentang individu yang dapat diterima.
- 3) Memperlihatkan irama dan frekuensi jantung stabil dalam rentang normal pasien.

Rencana tindakan:

1) Mandiri

- a) 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.
- b) 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.
 - c) Auskultasi jantung dan bunyi napas. Rasional: berat karena adanya hipertrofi atrium (peningkatan volume/tekanan atrium). Perkembangan S3 menunjukkan hipertrofi ventrikel dan kerusakan fungsi. Adanya krakles dapat mengindikasikan kongesti paru sekunder terhadap terjadinya atau gagal jantung kronik.
 - d) 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.
 - e) Catat edema umum/tertentu. Rasional: Dapat mengindikasikan gagal jantung, kerusakan ginjal atau vaskular, membantu untuk menurunkan rangsang meningkatkan relaksasi.
 - f) Berikan lingkungan tenang, nyaman, kurangi aktivitas/keributan lingkungan. Batasi jumlah pengunjung dan lamanya tinggal. Rasional: Membantu untuk menurunkan rangsang meningkatkan relaksasi.
 - g) 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.

h) Lakukan tindakan-tindakan yang nyaman, seperti pijatan punggung dan leher, meninggikan kepala tempat tidur. Rasional: Mengurangi ketidaknyamanan dan dapat menurunkan rangsangan simpatis.

2) Kolaborasi

- a) 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.
- b) 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.
- c) Berikan pembatasan cairan dan diet natrium sesuai indikasi. Rasional: Pembatasan ini dapat menangani retensi cairan dengan respon hipertensi dengan demikian menurunkan beban kerja jantung.

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

Hasil yang diharapkan:

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan/diperlukan.
- 2) Melaporkan peningkatan dalam toleransi aktivitas yang dapat diukur.
- 3) Menunjukkan penurunan dalam tanda-tanda intoleransi fisiologis.

Rencana tindakan:**1) Mandiri**

- a) 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 22-40 mmHg atau tekanan diastolik meningkat 20 mmHg); dispnea atau nyeri dada; kelebihan dan kelemahan yang berlebihan diaphoresis, 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.
- b) 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.
- c) 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.

c. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskuler serebral.**Hasil yang diharapkan:**

- 1) Mengungkapkan metode yang memberikan pengurangan.
- 2) Melaporkan nyeri/ketidakhnyamanan hilang/terkontrol.
- 3) Mengikuti regimen farmakologi yang diresepkan.

Rencana Tindakan:

1) Mandiri

- a) Mempertahankan tirah baring selama fase akut. Rasional: Meminimalkan stimulasi/meningkatkan relaksasi.
- b) Berikan tindakan non farmakologi untuk menghilangkan sakit kepala, misalnya, kompres dingin pada dahi, pijat punggung dan 23 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.
- c) 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.
- d) Bantu pasien dalam ambulasi sesuai kebutuhan. Rasional: Pusing dan penglihatan kabur sering berhubungan dengan sakit kepala. Pasien juga dapat mengalami episode hipotensi postural.

2) Kolaborasi

- a) Berikan sesuai indikasi: Analgesik Rasional: Menurunkan atau mengontrol nyeri dan mengurangi dan menurunkan rangsangan sistem saraf simpatis.

d. 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:

- 1) Mengidentifikasi perilaku koping efektif dan konsekuensinya.

- 2) Menyatakan kesadaran kemampuan coping/kekuatan pribadi.
- 3) Mengidentifikasi potensial situasi stres dan mengambil langkah untuk menghindari atau mengubahnya.
- 4) Mendemonstrasikan penggunaan keterampilan atau metode coping efektif.

Rencana tindakan:

1) Mandiri

- a) Kaji keefektifan strategi coping 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.
- b) Catat laporan gangguan tidur, peningkatan kelelahan, kerusakan konsentrasi, peka rangsang, penurunan toleransi, kerusakan konsentrasi, sakit kepala, ketidakmampuan untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah. Rasional: Manifestasi mekanisme coping maladaptive mungkin merupakan indikator marah yang ditekan dan diketahui telah menjadi penentu utama TD diastolik.
- c) Bantu pasien untuk mengidentifikasi stresor spesifik dan kemungkinan strategi untuk mengatasinya. Rasional: Pengenalan terhadap stresor adalah langkah pertama dalam mengubah respons seseorang terhadap stresor.
- d) Libatkan pasien dalam perencanaan perawatan dan beri dorongan partisipasi maksimum dalam rencana pengobatan. Rasional: Keterlibatan memberikan pasien perasaan kontrol diri yang berkelanjutan, memperbaiki keterampilan coping, dan dapat meningkatkan kerja sama dalam regimen terapeutik.
- e) 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.

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

Hasil yang diharapkan:

- 1) Menyatakan pemahaman tentang proses penyakit dan regimen pengobatan.
- 2) Mengidentifikasi efek samping obat dan kemungkinan komplikasi yang perlu diperhatikan.
- 3) Mempertahankan TD dalam parameter normal.

Rencana tindakan:

1) Mandiri

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

- d) 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.
- e) 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.

4. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dalam asuhan keperawatan. Dalam melakukan implementasi juga memiliki pedoman. Dengan mengetahui pedoman pada tahapan implementasi diharapkan dapat membantu para perawat dalam melakukan tahap implementasi dengan baik dan benar dengan data-data yang actual sesuai dengan aturan implementasi yang berlaku.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan bagaimana kemampuan perawat dalam menilai respon pasien terhadap tindakan yang diberikan melalui tanya jawab, observasi dan lainnya. evaluasi sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan yang sudah dilakukan oleh perawat.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 03 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 02 Mei 2021 di Ruang Dafodil Kelas III, nomor register 24-85-17 dengan diagnosa medis hipertensi.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Ny.W jenis kelamin perempuan berusia 55 tahun, status sudah menikah, beragama islam, suku bangsa Betawi, pendidikan SMA, bahasa yang digunakan yaitu bahasa Indonesia, pekerjaan ibu rumah tangga/IRT, alamat Bekasi dan sumber biaya menggunakan perusahaan. Adapun informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis, dan perawat ruangan.

2. Resume

Pasien bernama Ny.W berusia 55 tahun datang ke IGD Rumah Sakit Swasta Bekasi Timur pada tanggal 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB diantar oleh suami, dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Pasien datang dengan keluhan sakit kepala sejak 2 hari yang lalu, pusing seperti nyut-nyutan, lemas, mual, tidak nafsu makan. Dilakukan pengkajian dengan hasil GCS:15 E4 M6 V5, TTV TD: 158/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 90 x/menit, S: 36 Celcius. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan rasa nyaman: nyeri (sakit kepala & nyeri sendi). Tindakan mandiri keperawatan yang telah dilakukan di IGD yaitu memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler, memonitor tanda-tanda vital, mengajurkan teknik relaksasi napas dalam. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah memasang infus RL/12 jam, memberikan obat tamolive 1 gr sesuai program medis melalui infus line,

Evaluasi secara umum masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai, intervensi dilanjutkan di Ruang Rawat Inap Medikal Bedah Ruang Dafodil 312.3.

Pada tanggal 02 Mei 2021 pukul 19.10 WIB pasien dipindahkan ke ruang perawatan Dafodil dengan kondisi pasien cukup stabil, dengan keluhan yang masih sama seperti di IGD. Masalah keperawatan utama yaitu gangguan rasa nyaman: nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan yaitu mengobservasi TTV dengan hasil: TD: 155/95 mmHg, RR: 19 x/menit, N: 85 x/menit, S: 36,5 Celcius. Tindakan kolaborasi yang dilakukan yaitu memberikan terapi obat KSR 1 tablet, Kalmeco 500 mg, ondansetron 8 mg, KCL 50 meq/kolf drip dan terapi cairan RL 500 cc/12 jam. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi.

Pada tanggal 02 Mei 2021 pukul 21.00 WIB operan dinas malam ruang perawatan Dafodil dengan keadaan kondisi pasien cukup stabil, kesadaran pasien composmentis, keadaan umum sakit sedang, dengan keluhan yang masih sama. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan yaitu mengobservasi TTV dengan hasil: TD: 153/90 mmHg, RR: 20 x/menit, N: 85 x/menit, S: 36 Celcius, memantau infus line. Tidak ada tindakan kolaborasi. Masalah keperawatan utama adalah gangguan rasa nyaman: nyeri, evaluasi secara umum masalah belum teratasi.

Pada tanggal 03 Mei 2021 pukul 06.00 WIB operan dinas pagi ruang perawatan Dafodil dengan keadaan kondisi pasien cukup stabil, kesadaran pasien composmentis, keadaan umum sakit sedang, pasien mengeluh sakit kepala skala 5, pusing seperti nyut-nyutan, tidak nafsu makan, dan mual. Tindakan keperawatan mandiri yang dilakukan yaitu mengobservasi TTV dengan hasil TD: 154/81 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36,7 Celcius, mengobservasi daerah infus dengan hasil tidak ada flebitis, aliran infus jalan dan tidak ada sumbatan. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah kolaborasi dengan Tim Gizi untuk memberikan susu hangat dan

makanan sesuai diit yang dianjurkan, memberikan terapi obat Fnego 5 mg, KSR 1 tablet, Betasenc 24 mg, Kalmeco 500 mg, ondansentron 8 mg, KCL 50 meq/kolf drip, Prove D3 1000 unit, Fnego 5 mg, diklovit 1 tablet. Masalah keperawatan utama adalah gangguan rasa nyaman: nyeri, evaluasi secara umum tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi.

3. Riwayat Keperawatan

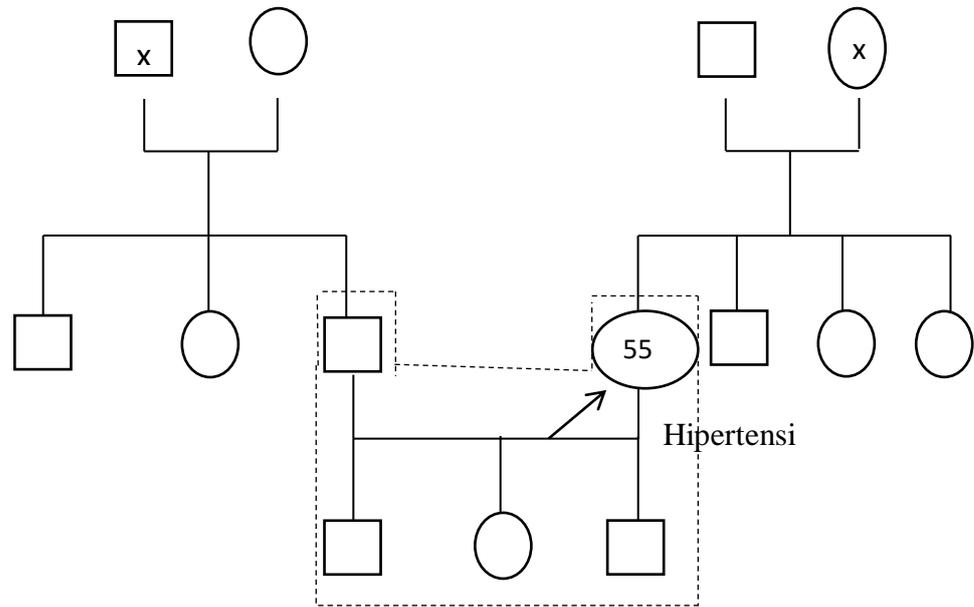
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama saat ini pasien Ny.W mengatakan sakit kepala, pusing seperti nyut-nyutan, nyeri kepala hilang timbul, lemas, mual dan tidak nafsu makan. faktor pencetus dengan adanya peningkatan tekanan darah, upaya untuk mengatasi di Rumah Sakit pasien mendapat obat irbersatan 1 x 150 mg/oral.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat penyakit sebelumnya pasien mengatakan penyakit hipertensi sejak 2 bulan yang lalu, riwayat alergi pasien mengatakan ada alergi terhadap obat cipadoxil, pasien mengatakan tidak alergi terhadap makanan, hewan, maupun lingkungan. Riwayat pemakaian obat pasien mengatakan rutin mengkonsumsi obat allopurinol 100 mg, pasien tidak rutin mengkonsumsi obat kolesterol, pasien tidak minum obat hipertensi karena baru 2 bulan yang lalu mengetahui menderita hipertensi.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan:

○ = Perempuan

□ = Laki-laki

— = Menikah

----- = Tinggal Satu Rumah

✕ = Meninggal

↗ = Pasien

Ny.W umur 55 tahun adalah seorang ibu rumah tangga. Pasien memiliki 3 orang anak yaitu laki-laki dan perempuan, pasien tinggal bersama suami.

d. Penyakit Dalam Anggota Keluarga Yang Menjadi Faktor Resiko

Pasien mengatakan orang tua pasien ibunya mempunyai riwayat hipertensi, lalu adik perempuan ketiga dari pasien mempunyai riwayat hipertensi.

e. Riwayat Psikososial dan Keluarga

1) Hubungan dengan orang terdekat

Pasien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah suami dan anak pasien serta keluarga pasien.

2) Interaksi keluarga adalah pola komunikasi

Dalam keluarga komunikasi baik, pembuat keputusan adalah suami dengan dilakukan musyawarah, dan pasien mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti arisan yang diadakan di RT.

3) Dampak penyakit

Pasien mengatakan dampak terhadap keluarga adalah anak-anak, suami, keluarga khawatir dengan pasien.

4) Masalah yang mempengaruhi

Pasien mengatakan penyakitnya saat ini membuat pasien menjadi kepikiran.

5) Mekanisme koping terhadap stres

yaitu pasien mengatakan nonton youtube.

6) Persepsi terhadap penyakitnya

Hal yang sangat dipikirkan saat ini adalah pasien mengatakan kepikiran dengan anak-anaknya. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan penyakitnya tidak muncul berulang lagi.

7) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengatakan tidak memiliki nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan dan aktivitas agama/kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu dan mengaji.

8) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi rumah dekat dengan jalan raya dan dekat dengan pasar.

9) Pola Kebiasaan**a) Pola Nutrisi**

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan frekuensi makan 3x/hari, makan makanan yang tidak sehat seperti gorengan, jeroan, makanan yang asin dan pasien mengatakan senang memakan sayur kangkung dan kacang-kacangan.

Saat pengkajian:

Pasien mengatakan mengurangi makan makanan yang berlemak dan rendah garam, frekuensi makan selama di rumah sakit hanya makan 4 sendok makan dan kadang juga ½ porsi makan yang dihabiskan. Pasien mendapatkan diet rendah garam 1200 kkal.

b) Pola Eliminasi

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan BAK: Pasien mengatakan frekuensi 6 x/ hari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan alat bantu BAK. BAB: Pasien mengatakan frekuensi 1x/hari waktu tidak menentu, berwarna kecokelatan, konstensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

Saat pengkajian:

Pasien mengatakan BAK: Pasien mengatakan frekuensi 5x/hari, berwarna kuning jernih, BAK tidak ada keluhan, tidak menggunakan alat bantu BAK. BAB: pasien mengatakan

frekuensi 1x/hari dipagi hari, berwarna kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan, dan tidak menggunakan laksatif.

c) Pola *Personal Hygiene*

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan mandi frekuensi 3 x/hari pada pagi, siang dan malam. *Oral hygiene* 2 x/hari pada pagi dan malam, mencuci rambut 1 x/minggu.

Saat pengkajian:

Pasien mengatakan belum mandi hanya di lap saja menggunakan waslap dan air. *Oral hygiene* 1 x/hari saat sore hari, mencuci rambut tidak ada.

d) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidur siang hanya 1-2 jam, lama tidur malam 4-5 jam, kebiasaan sebelum tidur adalah nonton youtube.

Saat pengkajian:

Pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam, lama tidur malam 6-7 jam, dan kebiasaan sebelum tidur menonton youtube.

e) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak bekerja hanya mengurus kegiatan rumah tangga di pagi hari, pasien mengatakan jarang berolahraga.

Saat pengkajian:

Pasien hanya berbaring di tempat tidur, tidak melakukan olahraga, pasien hanya berjalan saat ingin ke toilet.

f) Kebiasaan yang memengaruhi kesehatan

Sebelum sakit:

Pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum alkohol dan tidak menggunakan NAPZA. Pasien mengatakan senang makan-makanan yang asin, berminyak dan berlemak.

Saat pengkajian:

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA. Pasien hanya memakan bubur sesuai diit yang diberikan dan susu hangat.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badan (BB): 77 kg, BB saat ini 77 kg, tinggi badan (TB): 170 cm, indeks massa tubuh (IMT): 26,92 kg/m² status gizi: *Overweight*, keadaan umum sakit sedang, tidak ada 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 an-ikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak ada tanda-tanda radang, tidak menggunakan kaca mata dan reaksi terhadap cahaya normal.

c. Sistem pendengaran

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

d. Sistem wicara: Normal tidak ada kelainan.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas tidak ada sumbatan berupa sekret, pasien tidak sesak, tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan 19 x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan. Pasien mengatakan tidak ada batuk, palpasi dada tidak teraba ada masa, perkusi dada sonor, suara nafas vesikuler dikedua lapang paru, tidak ada nyeri saat bernafas, dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 89 x/menit, irama teratur dan teraba kuat. Tekanan darah 158/90 mmHg, tidak ada distensi vena jugularis pada kiri dan kanan, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler < 3 detik.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut nadi apikal 89 x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak ada sakit dada.

3) Sirkulasi hematologi

Kulit tidak tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

4) Sistem saraf pusat

Pasien mengeluh sakit kepala, pusing, tingkat kesadaran composmentis, GCS: E: 4, M: 6, V:5, tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (TIK), tidak ada gangguan

sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, dan reflek patologis tidak ada.

5) Sistem pencernaan

Gigi tidak tampak caries, tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah tidak kotor, saliva normal. Bising usus 10 x/menit, tidak ada diare, dan tidak ada konstipasi. Pemeriksaan hepar tidak teraba pembesaran dan abdomen teraba lembek.

6) Sistem endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, nafas tidak bau keton, dan tidak ada luka ganggren.

7) Sistem urogenital

Urine 900 cc/19 jam, tidak ada perubahan pada pola berkemih, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

8) Sistem integumen

Turgor kulit elastis, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit baik, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tekstur rambut baik dan bersih.

9) Sistem muskuloskeletal

Tidak ada kesulitan gerak, tidak ada sakit pada tulang, tidak ada fraktur, kelainan bentuk tulang tidak ada, kelainan struktur tulang belakang, keadaan tonus otot baik, ekstremitas atas kekuatan otot 5, ekstremitas bawah kekuatan otot 5.

5. Data Tambahan

Pasien mengatakan baru mengetahui mempunyai hipertensi sejak 2 bulan yang lalu, pasien mengatakan bahwa penyakit hipertensi adalah penyakit karna makanan & gaya hidup. Pasien mengatakan bahwa hipertensi ini disebabkan karena banyak makan daging akibatnya sakit kepala. Pasien mengatakan tanda dan gejalanya yang muncul yaitu sakit kepala dan pusing seperti nyut-nyutan. Pasien mengatakan kebiasaan makan saat dirumah yaitu, sering makan-makanan yang digoreng, asin, berlemak dan sayur kangkong, serta kacang-kacangan. Pasien

mengatakan kadang jika ingin memasak dengan menggunakan minyak goreng secara berkali-kali. Pasien mengatakan mempunyai asam urat dan kolesterol dan pasien mengkonsumsi obat alpranolol 100 mg, pasien tidak rutin mengkonsumsi obat kolesterol, hasil asam urat tanggal 02 Mei 2021: 11 mg/dl, hasil kolesterol tanggal 02 Mei 2021: 200 mg/dl. Pasien mengatakan sudah banyak mendapat informasi mengenai hipertensi melalui saudara pasien yang juga petugas kesehatan.

6. Data Penunjang

a. Radiologi

1) Rontgen Thorax (tanggal 02 Mei 2021)

Kesan:

Kardiomegali dengan aorta elongasi ringan, corakan vascular kedua paru tanpa infiltrat di kedua paru, masih mungkin gambaran bronkitis.

2) Rontgen Shoulder Sinistra (tanggal 05 Mei 2021)

Kesan:

Osteoarthritis genu derajat bilateral ringan (OA), subluxatio glenohumeral joint sinistra, marginal osteophytes, periarticular soft tissue calcification sekitar greater tuberosity.

b. Pemeriksaan Laboratorium

1) Darah Lengkap (tanggal 03 Mei 2021)

Hematologi: Hb: 11,1 gr %, LED: 24 mm/jam, Leukosit: 8,490 /mm, Hematokrit: 34 %, Trombosit: 270,000 /mm, Eritrosit: 3,93 juta/mm.

Hitung Jenis: Basofil: 0 %, Eosinofil: 1 %, Batang: 3 %, Segmen: 76 %, Limfosit: 13 %, Monosit: 7 %.

Nilai Eritrosit Rata – Rata: MCV: 85 u/mm, MCH: 28 pg, MCHC: 33 gr/dl, NLR: 6,07 %.

Nilai Gula Darah Sewaktu: Gds: 114 mg/%.

Elektrolit: Natrium: 144 mmol, Kalium: 2,95 mmol, Clorida: 105 mmol.

Imuno-serologi Protein Spesifik: Crp kuantitatif: < 3 detik.

Infeksi Lain: Antigen SARS – COV 2: negatif.

2) Hasil Laboratorium (tanggal 04 Mei 2021)

Kimia Darah: Natrium: 144 mmol, Kalium: 3,16 mmol, Chlorida: 108 mmol.

3) Hasil Laboratorium (tanggal 04 Mei 2021)

Kimia Darah: Natrium: 149 mmol, Kalium: 3 mmol, Chlorida: 110 mmol.

Kimia Fungsi Ginjal: Asam Urat: 6 mg/%.

Lemak: Cholesterol Total: 135, LDL Cholesterol: 76, HDL Cholesterol: 32, Triglicerida: 192.

4) Hasil Laboratorium (tanggal 05 Mei 2021)

Hematologi Koagulasi: Masa Perdarahan: 2,30 Menit, Masa Pembekuan: 13,00 Menit.

Kimia Fungsi Hati: SGOT: 33 u/l, SGPT: 46 u/l.

Fungsi Ginjal: Ureum: 26,0 mg/%, Creatinin: 0,96 mg/%.

7. Penatalaksanaan

Obat-obatan oral, yaitu frego 1 x 5 mg, betaserc 2 x 24 mg, ksr 3 x 1 tablet, Prove D3 1000 IU, diklovit 2 x 1 tablet, ibersartan 1 x 150 mg, allopurinol 1 x 100 mg. Terapi sesuai dengan program medis.

Pasien mendapatkan obat-obatan injeksi, yaitu kalmeco 3 x 500 mg (IV), ondansentron 3 x 8 mg (IV), kcl 50 meq/kolf (drip). Terapi sesuai dengan program medis.

Pasien mendapatkan infus: Cairan Infus RL 500cc/ 12 jam. Terapi sesuai dengan program medis.

Pasien mendapatkan diit rendah garam 1200 kkal.

8. Data Fokus

Pasien dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, GCS: 15 (E4V5M6), tanda-tanda vital: TD: 159/90 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 19 x/menit, S: 36,4 Celcius.

a. Kebutuhan Fisiologis: Kebutuhan Sirkulasi

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak sesak napas.

Data Objektif: TD: 158/90 mmHG, Nadi: 89 x/menit, nadi perifer teraba kuat, capillary refill < 3 detik, warna kulit tidak pucat, tidak ada sianosis.

b. Kebutuhan Fisiologis: Kebutuhan Nutrisi

Data Subjektif: Pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya 4 sendok makan atau ½ porsi, pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan.

Data Objektif: Pasien tampak menghabiskan porsi makan hanya 4 sendok makan saat makan pagi dan ½ porsi saat makan siang, kongjutiva anemis, BB 77 kg (sebelum dan setelah masuk RS), Hemoglobin 11,1.

c. Kebutuhan Relasional: Kebutuhan Rasa Nyaman

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan pusing seperti nyut-nyutan, pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul.

Data Objektif: Pasien tampak meringis kesakitan jika nyeri kepala timbul, skala nyeri 5, pasien tampak gelisah, TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit.

d. Kebutuhan Fisiologis: Kebutuhan Aktivitas

Data Subjektif: Pasien mengatakan tidak sesak napas jika setelah beraktivitas, pasien mengatakan tidak merasa lelah jika setelah beraktivitas.

Data Objektif: Tanda-tanda vital setelah beraktivitas, TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit, tidak ada sianosis.

9. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak sesak napas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit tidak pucat - Tidak ada sianosis - Nadi perifer teraba kuat - TD: 158/90 mmHg - N: 89 x/menit 	<p>Risiko Penurunan Curah Jantung</p>	<p>Perubahan Afterload</p>
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri kepala - Pasien mengatakan pusing seperti nyut-nyutan - Pasien mengatakan nyeri kepala hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis jika nyeri timbul - Skala nyeri 5 - Pasien tampak gelisah - TD: 158/90 mmHg - N: 89 x/menit 	<p>Gangguan Rasa Nyaman: Nyeri akut (nyeri kepala)</p>	<p>Peningkatan tekanan vaskular serebral</p>

NO.	Data	Masalah	Etiologi
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mual - Pasien mengatakan porsi makan hanya 4 sendok atau ½ porsi - Pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan - Pasien mengatakan tidak nafsu makan <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menghabiskan 4 sendok makan saat makan pagi - Pasien tampak menghabiskan ½ porsi saat makan siang - Kongjutiva anemis - BB: 77 kg (sebelum dan setelah masuk Rumah Sakit) - HB: 11.1 g/dl 	<p>Risiko Defisit Nutrisi</p>	<p>Keenganan Untuk Makan</p>

B. Diagnosa Keperawatan

(Doenges, 2012)

1. Risiko Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload.
2. Gangguan Rasa Nyaman: Nyeri Akut Pada Bagian Kepala Berhubungan Dengan Tekanan Vaskular Serebral.
3. Risiko Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keenganan Untuk Makan.

C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Risiko Penurunan Curah Jantung Berhubungan Dengan Perubahan Afterload

Data Subjektif : Pasien mengatakan tidak sesak napas

Data Objektif : Warna kulit tidak pucat, tidak ada sianosis, nadi perifer teraba kuat, TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan risiko penurunan curah jantung tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Pasien tidak mengeluh sesak napas, tidak ada sianosis, kulit tidak pucat, nadi perifer teraba kuat, tekanan darah dalam batas normal 120-130/80-90 mmHg, nadi dalam batas normal 80-90 x/menit.

Rencana Tindakan

- a. Kaji keluhan sesak napas
- b. Monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR)
- c. Monitor hasil laboratorium kalium
- d. Berikan posisi yang nyaman semi fowler
- e. Beri obat ARB ibersatan 1 x 150 mg/oral sesuai program medis
- f. Beri obat untuk mencegah kalium rendah betaserc 2 x 24 mg, ksr 3 x 1 tablet sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pukul 09.30 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 19 x/menit.

Pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 10.30 WIB memonitor hasil laboratorium kalium dengan hasil 2,95 mmol.

Pukul 11.00 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 12.00 WIB memberikan obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan. Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 157/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 160/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat betaserc 24 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/95 mmHg, N: 87 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.30 WIB perawat ruangan mengkaji kesadaran dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 05.40 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 05.50 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 155/95 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit, nadi perifer teraba kuat. Pukul 06.00 WIB memberikan obat ksr 1 tablet/oral dengan

hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 03 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan tidak sesak napas, pasien mengatakan nyaman diberikan posisi semi fowler.

Objektif: Kesadaran composmentis, nadi perifer teraba kuat, hasil laboratorium tanggal 03 kalium: 2,95 mmol, pasien sudah mendapat obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, TD: 155/95 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 150/96 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 10.20 WIB memonitor hasil laboratorium kalium dengan hasil 3,16 mmol.

Pukul 10.30 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 12.00 WIB memberikan obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 149/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 157/98 mmHg, N: 99 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat betaserc 24 mg/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 155/88 mmHg, N: 87 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.10 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 05.30 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat ksr 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan tidak sesak napas, pasien mengatakan nyaman diberikan posisi semifowler.

Objektif: Nadi perifer teraba kuat, hasil laboratorium tanggal 04 kalium 3,16 mmol, pasien sudah mendapat obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, TD: 158/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Pukul 09.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 130/95 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 10.00 WIB mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 10.30 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 11.00 WIB memonitor hasil kalium tanggal 5 dengan hasil 3 mmol.

Pukul 12.00 WIB memberikan obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 139/96 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 15.10 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 140/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 19 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat ksr 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 150/90 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.10 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan sesak napas dengan hasil pasien mengatakan tidak sesak napas.

Pukul 05.30 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 139/95 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat ksr 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan rasa nyaman setelah diberikan posisi semifowler.

Objektif: Nadi perifer teraba kuat, hasil laboratorium tanggal 5 kalium: 3 mmol, pasien sudah mendapat obat ibersatan 100 mg/oral, betaserc 24 mg/oral, ksr 1 tablet/oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, TD: 155/95 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit.

Analisa: Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Planning: Stop intervensi.

2. Gangguan Rasa Nyaman: Nyeri Akut Pada Bagian Kepala Berhubungan Dengan Tekanan Vaskular Serebral.

Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan pusing seperti nyut-nyutan, pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Data objektif : Pasien tampak meringis jika nyeri timbul, pasien tampak gelisah, skala nyeri 5, TD: 159/90 mmHg, N: 89 x/menit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang.

Kriteria hasil : Keluhan nyeri berkurang sampai dengan hilang, pasien tidak meringis, skala nyeri 0 – 1, TD: 120-130/80-90 mmHg, N: 70-80 x/menit.

Rencana Tindakan

- a. Identifikasi intensitas nyeri PQRST
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Berikan posisi nyaman semifowler
- d. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
- e. Berikan obat analgesik diklovit 2 x 1 tablet

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pukul 09.30 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 19 x/menit.

Pukul 11.00 WIB mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST dengan hasil P: nyeri kepala hilang timbul, Q: nyeri seperti nyut-nyutan, R: nyeri hanya daerah kepala tidak menjalar, S: skala 5, T: nyeri timbul sekitar 5 menit.

Pukul 11.20 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 11.30 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien mengatakan mampu dan mau melakukan jika nyeri timbul.

Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 157/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 160/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/95 mmHg, N: 87 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.30 WIB perawat ruangan mengkaji kesadaran dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 05.40 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri kepala hilang timbul, skala nyeri 5, nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul, pasien masih tampak meringis, pasien tampak gelisah.

Pukul 05.50 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 155/95 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 03 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih nyeri kepala, pasien mengatakan nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri skala 5, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas napas jika nyeri timbul.

Objektif: Kesadaran composmentis, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, kesadaran composmentis, TD: 155/95 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 19 x/menit, pasien sudah diberikan obat diklovit 1 tablet

melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien tampak nyaman diberikan posisi semifowler.

Analisa: Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 150/96 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST dengan hasil P: nyeri kepala hilang timbul, Q: nyeri seperti nyut-nyutan, R: nyeri hanya daerah kepala tidak menjalar, S: skala 5, T: nyeri timbul sekitar 5 menit.

Pukul 10.30 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 11.00 WIB menganjurkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien mengatakan mampu dan mau melakukan jika nyeri timbul.

Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 149/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 157/98 mmHg, N: 99 x/menit, RR: 20 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 155/88 mmHg, N: 87 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengkaji kesadaran dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 05.10 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri kepala hilang timbul, skala nyeri 4, nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul, pasien masih tampak meringis, pasien tampak gelisah.

Pukul 05.30 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 158/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih nyeri kepala, pasien mengatakan nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar, pasien mengatakan nyeri hilang timbul, pasien mengatakan nyeri skala 4, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas napas jika nyeri timbul.

Objektif: Kesadaran composmentis, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, kesadaran composmentis, TD: 158/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit, pasien sudah diberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien tampak nyaman diberikan posisi semifowler.

Analisa: Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pukul 09.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 130/95 mmHg, N: 89 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi intensitas nyeri PQRST dengan hasil P: nyeri kepala hilang timbul, Q: nyeri seperti nyut-nyutan, R: nyeri hanya daerah kepala tidak menjalar, S: skala 2, T: nyeri timbul sekitar 5 menit.

Pukul 10.30 WIB memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 11.00 WIB menganjurkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien mengatakan mampu dan mau melakukan jika nyeri timbul.

Pukul 14.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 139/96 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 15.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 140/90 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 19 x/menit.

Pukul 16.30 WIB perawat ruangan memberikan posisi nyaman dengan posisi semifowler dengan hasil pasien merasa nyaman dan pasien mengatakan masih merasa nyeri kepala.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan.

Pukul 21.10 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 150/90 mmHg, N: 85 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengkaji kesadaran dengan hasil kesadaran composmentis.

Pukul 05.10 WIB perawat ruangan mengkaji keluhan nyeri dengan hasil pasien mengatakan masih nyeri kepala hilang timbul tetapi sudah bekurang, skala nyeri 3, nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar,

pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul, pasien tidak meringis, pasien tidak tampak gelisah.

Pukul 05.30 WIB perawat mengkaji tanda-tanda vital (TD, N, RR) dengan hasil TD: 139/95 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak dimuntahkan, dan memberikan posisi nyaman semifowler dengan hasil pasien tampak nyaman.

Evaluasi Keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih nyeri kepala, pasien mengatakan nyeri hanya daerah kepala dan tidak menjalar, pasien mengatakan nyeri hilang timbul tetapi sudah berkurang, pasien mengatakan nyeri skala 3, pasien mengatakan sudah melakukan teknik relaksasi napas napas jika nyeri timbul.

Objektif: Kesadaran composmentis, pasien tidak tampak meringis, pasien tidak tampak gelisah, kesadaran composmentis, TD: 139/95 mmHg, N: 90 x/menit, RR: 18 x/menit, pasien sudah diberikan obat diklovit 1 tablet melalui oral dengan hasil obat berhasil diberikan, pasien tampak nyaman diberikan posisi semifowler.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Planning: Stop intervensi.

3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan.

Data Subjektif: Pasien mengatakan mual, pasien mengatakan tidak

nafsu makan, pasien mengatakan porsi makan hanya 4

sendok makan atau ½ porsi, pasien mengatakan tidak

mengalami penurunan berat badan.

Data Objektif: Pasien tampak menghabiskan porsi makan hanya 4 sendok makan makan pagi dan ½ porsi saat makan siang, kongjutiva anemis, BB 77 kg dan tidak ada penurunan BB, hasil laboratorium hemoglobin 11,1 g/dl.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan risiko defisit nutrisi tidak terjadi.

Kriteria Hasil : Keluhan mual menghilang, nafsu makan membaik, pasien mampu menghabiskan makannya 1 porsi, kongjutiva anemis, Hb dalam batas normal (13,5 – 18,0 g/dl).

Rencana Tindakan:

- a. Monitor keluhan mual
- b. Monitor asupan makan
- c. Monitor hasil laboratorium hemoglobin jika ada
- d. Kaji kongjutiva
- e. Anjurkan makan sedikit tapi sering
- f. Beri terapi ondansentron 3 x 8 mg melalui intravena sesuai program medis
- g. Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang hangat dan sesuai diit.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 03 Mei 2021

Pukul 09.25 WIB mengkaji kongjutiva dengan hasil kongjutiva anemis.

Pukul 09.15 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan masih mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 10.20 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan makan roti hanya 2 suap.

Pukul 10.40 WIB berkolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang hangat dan sesuai diit dengan hasil makanan yang dihantar masih hangat.

Pukul 11.30 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan hanya makan 4 sendok porsi bubur.

Pukul 12.25 WIB memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan pasien rileks.

Pukul 13.00 WIB memonitor hasil hemoglobin dengan hasil 11,1 g/dl.

Pukul 16.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dengan hasil mengatakan masih mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 05.40 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan mual, tetapi tidak muntah dan mulai nafsu makan.

Pukul 05.45 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi bubur. Pukul 06.00 WIB memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan, pasien hanya mengatakan makan 2 suap roti, pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi bubur.

Objektif: Kongjativa anemis, HB: 11,1 g/dl, pasien sudah diberikan obat ondansentron 3 x 8 mg/iv.

Analisa: Masalah belum teratasi, Tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Pukul 08.35 WIB mengkaji konjutiva dengan hasil kongjutiva anemis.

Pukul 09.00 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan masih mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 10.00 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan makan buah pisang 1 buah.

Pukul 11.00 WIB berkolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang hangat dan sesuai diit dengan hasil makanan yang dihantar masih hangat.

Pukul 11.45 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan hanya makan ½ porsi bubur.

Pukul 12.00 WIB memberikan obat ondansetron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan pasien rileks.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dengan hasil mengatakan masih mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ondansetron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 05.50 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 06.00 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan hanya menghabiskan ½ porsi bubur.

Pukul 06.10 WIB memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.10 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan masih merasa mual, tetapi tidak muntah dan nafsu makan mulai membaik, pasien hanya mengatakan makan 1 buah pisang, pasien mengatakan hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi bubur.

Objektif: Kongjutiva anemis, pasien sudah diberikan obat ondansentron 3 x 8 mg/iv.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Pukul 09.25 WIB mengkaji konjutiva dengan hasil kongjutiva an-anemis.

Pukul 09.30 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan tidak merasa mual, tidak muntah dan nafsu makan membaik.

Pukul 10.00 WIB menganjurkan makan sedikit tapi sering dengan hasil pasien mengatakan makan 5 potong buah pepaya.

Pukul 11.00 WIB berkolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian makanan yang hangat dan sesuai diit dengan hasil makanan yang dihantar masih hangat.

Pukul 11.50 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan makan 1 porsi bubur.

Pukul 12.00 WIB memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan dan pasien rileks.

Pukul 17.00 WIB perawat ruangan memonitor keluhan mual dengan hasil mengatakan masih mual, tetapi tidak muntah dan tidak nafsu makan.

Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 05.50 WIB memonitor keluhan mual dengan hasil pasien mengatakan tidak mual, tidak muntah dan sudah nafsu makan.

Pukul 05.55 WIB memonitor asupan makan dengan hasil pasien mengatakan makan 1 porsi bubur.

Pukul 06.00 WIB memberikan obat ondansentron 8 mg melalui intravena sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021 pukul 06.00WIB

Subjektif: Pasien mengatakan tidak merasa mual, tidak muntah dan

nafsu makan mulai membaik, pasien hanya mengatakan makan

5 potong buah pepaya, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi bubur.

Objektif: Kongjativa an-anemis, pasien sudah diberikan obat

ondansentron 3 x 8 mg/iv.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, Tujuan tercapai sebagian

Planning: Lanjutkan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

(Doenges, 2012) Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, yaitu:

Pada pola 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. 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 19 x/menit, pasien tidak tampak menggunakan otot bantu nafas.

Pada pengkajian ditemukan kesesuaian antara teori dan kasus dan penulis merasa perlu untuk membahas.

Pada pola eliminasi BAK diteori ditemukan pasien dengan hipertensi mengalami penurunan haluaran urine yang 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 x/hari, tidak ada perubahan warna urine, nilai MAP 83 mmHg.

Pada teori ditemukan tanda dan gejala seperti gaya hidup kurang bergerak, namun hal ini tidak ditemukan pada pasien dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak melakukan kegiatan karna dalam masa rawat.

Pada pola neurosensori ditemukan tanda dan gejala seperti kelemahan terhadap satu sisi tubuh, 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.

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 pada teori 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 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 menggerakkan anggota tubuh, pasien mengatakan tidak merasakan kesulitan dalam bergerak, pasien mampu melakukan aktivitas tanpa dibantu.
2. Koping individual tidak efektif 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 youtube.
3. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, misinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa. Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat oleh penulis dikarenakan

pada saat pengkajian mengatakan memahami apa itu hipertensi, penyebab hipertensi, tanda dan gejala, dan pasien tidak menyangkal diagnosa yang ada dikarenakan mendapat informasi dari saudara yang juga petugas kesehatan.

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

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan. 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 tidak mengalami penurunan berat badan, BB sebelum sakit 77 kg setelah sakit 77 kg, pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan. Pasien tampak menghabiskan makan hanya $\frac{1}{2}$ porsi makanan, konjungtiva anemis, pemeriksaan data penunjang hemoglobin 11,1 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

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

1. Risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload. Di dalam teori terdapat observasi catat edema, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus kondisi pasien saat dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik tidak terdapat tanda-tanda edema.
2. Gangguan rasa nyaman: nyeri akut (nyeri kepala) berhubungan dengan peningkatan tekanan vaskular serebral. Di dalam teori terdapat rencana tindakan membantu ambulasi pasien sesuai kebutuhan, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus pasien mampu mengontrol aktivitas yang dilakukan dan pasien mengatakan tidak mau dibantu oleh perawat.
3. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan. Pada diagnosa keperawatan resiko defisit nutrisi, 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 penggunaan selang nasogastrik, tindakan ini tidak direncanakan karena dalam kasus saat dilakukan pengkajian pemeriksaan fisik kesadaran pasien composmentis (CM), pasien tidak ada keluhan kesulitan untuk menelan.

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 3 x 24 jam dilaksanakan tanggal 02 Mei 2021 sampai dengan 05 Mei 2021. 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.

Tidak ditemukan faktor penghambat dalam implementasi.

E. Evaluasi

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

1. Risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko penurunan curah jantung tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.
2. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan vaskular serebral, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri

akut berkurang sampai dengan hilang. Selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian.

Faktor penghambat nyeri akut belum teratasi dikarenakan penulis pernah melihat anak dari pasien membawa makanan dari luar, kemungkinan pasien meminta makanan dari luar.

3. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan keenganan untuk makan, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan defisit nutrisi tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 hari masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada saat melakukan pengkajian pasien mengalami hipertensi, ditemukan data tekanan darah sistolik maupun diastolik melebihi dari batas normal yaitu 158/90 mmHg, pasien memiliki riwayat keturunan, pola hidup kebiasaan pasien terhadap makanan sebelumnya tidak ada pantangan makanan termasuk makan-makanan yang asin. 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 lima diagnosa keperawatan dirumuskan pada pasien dengan hipertensi menurut teori, yaitu risiko tinggi penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan 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 inefektif berhubungan dengan krisis situasional, dan kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai kondisi, rencana pengobatan berhubungan dengan kurang pengetahuan/daya ingat, meinterpretasi informasi, keterbatasan kognitif, menyangkal diagnosa.

Namun, masalah prioritas pada pasien ditemukan tiga diagnosa keperawatan yaitu, gangguan rasa nyaman: nyeri akut berhubungan dengan tekanan vaskular serebral, risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan.

Berdasarkan prioritas masalah pada pasien dengan hipertensi adalah risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, yang dapat dibuktikan dengan tidak adanya tanda-tanda seperti sesak napas, kulit tidak pucat, tidak ada sianosis, nadi perifer teraba kuat, TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit. Adapun tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan dalam 3 x 24 jam diharapkan risiko penurunan curah jantung tidak terjadi. Maka perencanaan keperawatan prioritas yang dapat dilakukan pada pasien dengan hipertensi terdapat perencanaan mandiri ataupun kolaborasi, yaitu kaji keluhan sesak napas, monitor tanda-tanda vital (TD, N, RR)/pershift, monitor hasil laboratorium kalium, berikan posisi nyaman dengan posisi semi-fowler. Perencanaan kolaborasi 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 risiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan afterload, diharapkan tidak terjadi. Selama pasien dirawat 3 x 24 jam masalah tidak terjadi ditandai dengan pasien mengatakan tidak sesak napas, warna kulit tidak pucat, nadi perifer teraba kuat, tidak ada sianosis, TD: 158/90 mmHg, N: 89 x/menit. Masalah tidak terjadi, tujuan tercapai.

B. Saran

1. 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.

2. Bagi pasien dan keluarga

Penulis menyarankan untuk mengenali lebih dalam mengenai penyakit hipertensi yang sedang dialami anggota keluarga dan mampu mengetahui bagaimana penanganan untuk hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Bina Farmasi Komunitas dan Klinik. 2006. *Pharmaceutical Care Untuk Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Bina Farmasi Komunitas dan Klinik
- Doenges, M. E. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien, Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. 2015. *Pedoman Tata Laksana Hipertensi Pada Penyakit Kardiovaskular*. Edisi 1. Jakarta: EGC
- Hariawan, H. and Tatisina, C. M. 2020. *Pelaksanaan Pemberdayaan Keluarga Dan Senam Hipertensi Sebagai Upaya Manajemen Diri Penderita Hipertensi*. Volume 1
- Kemenkes RI. 2019. *Hipertensi Si Pembunuh Senyap*. Jakarta: Kemenkes RI
- Kurnia, A. 2020. *self-Management Hipertensi*. Jakarta: EGC
- Nuraini, B. 2015. Risk factors of hypertension. Volume 4. Lampung: University Of Lampung
- Purwanto, H. 2016. *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- R.K.Marya. 2013. *BUKU AJAR PATOFISIOLOGI*. Tangerang selatan: EGC
- Riskesdas. 2017. *Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi)*. Jawa Barat
- Wirentanus, L. 2019. Peran Dan Wewenang Perawat Dalam Menjalankan Tugasnya Berdasarkan Undang-Undang. Nusa Tenggara: Media Keadilan

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram

